UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1911. — N° 14

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES CHEZ L'ENFANT

Leur fréquence à Alger, leur multiplicité

Statistique de la Clinique chirurgicale infantile

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 12 Juillet 1911

PAR

MARCEL ALBERTI

Né à Alger, le 16 Janvier 1886

Titulaire de la Médaille des Epidémies (Typhus 1910)

MEMBRES DU JURY :

MM. CURTILLET, Doyen de la Faculté, professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie...	*Président*
TRABUT, professeur d'histoire naturelle médicale.	*Juges*
VINCENT, professeur de clinique chirurgicale	
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé,..	

ALGER

E. VIELFAURE, ÉDITEUR, RUE BAB-EL-OUED

1911

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1911. — N° 14

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

KYSTES HYDATIQUES CHEZ L'ENFANT

Leur fréquence à Alger, leur multiplicité

Statistique de la Clinique chirurgicale infantile

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 12 Juillet 1911

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PAR

MARCEL ALBERTI

Né à Alger, le 16 Janvier 1886

Titulaire de la Médaille des Epidémies (Typhus 1910)

MEMBRES DU JURY :

MM. CURTILLET, Doyen de la Faculté, professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie...	*Président*
TRABUT, professeur d'histoire naturelle médicale.	*Juges*
VINCENT, professeur de clinique chirurgicale	
CABANES, chargé des fonctions d'agrégé,..	

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

UNIVERSITÉ D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie d'Alger

DOYEN ..... MM. CURTILLET (I. ✠).
ASSESSEUR ..... VINCENT (I. ✠.)

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (I. ✠).
Anatomie pathologique et histologie...	POUJOL (I. ✠).
Physiologie	REY (I. ✠).
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I.✠).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ✠).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	BRAULT (✲ I. ✠).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (I. ✠).
Clinique obstétricale.....	ROUVIER (✲ I. ✠).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (A. ✠).
Chimie médicale et toxicologie.....	MALOSSE (I. ✠ ⚙)
Physique médicale et biologique.....	GUILLEMIN (✲ I. ✠).
Pharmacie.....	BATTANDIER (I. ✠).
Matière médicale et thérapeutique....	HERAIL (I. ✠).
Histoire naturelle médicale.....	TRABUT (✲I.✠ Ma. O ❁
Pathologie générale, microbiologie et parasitologie.....	SOULIÉ (I. ✠).
Hygiène et médecine légale.....	CRESPIN (I. ✠).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Chaires d'anatomie et de physiologie..	MM. LEBLANC (A. ✠).
Chaires de pathologie et de clinique internes.....	GILLOT (A. ✠). N...
Chaires de pathologie et de clinique externes, et de clinique obstétricale.	FUSTER. E. CABANES (A. ✠).
Chaire d'histoire naturelle.....	N...
Chaires de chimie et de physique.....	MALOSSE (A. ✠).
Chaires de pharmacie et de matière médicale.....	MUSSO.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536524_0089

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A mes MAITRES de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux d'Alger.

A Monsieur le Docteur P. LOMBART
Chef de Clinique chirurgicale infantile.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur CURTILLET,

Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger,
Professeur de clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.

Respectueux hommage de reconnaissance.

A MES JUGES :

Monsieur le Professeur TRABUT.

Monsieur le Professeur VINCENT.

Monsieur le Docteur CABANES,

INTRODUCTION

L'étude des kystes hydatiques chez l'enfant a fait l'objet de travaux relativement peu nombreux. En Algérie notamment cette étude n'a jamais été faite, nos apportons la relation d'un certain nombre d'observations qui nous ont été fournies par M. le Professeur Curtillet : leur groupement, l'analyse des principaux symptômes qu'on y peut relever et des procédés opératoires qui ont été mis en œuvre nous paraissent prêter à des considérations d'autant plus intéressantes qu'il s'agit de la statistique d'un seul service, d'un même chirurgien.

Dans une première partie nous étudierons la fréquence de cette affection chez l'enfant à Alger, nous montrerons ensuite ses diverses localisations, nous insisterons sur leur fréquente multiplicité et nous tâcherons de mettre en relief les principales particularités relevées dans nos observations. Enfin après avoir examiné les différents procédés opératoires employés, après avoir montré les résultats qu'ils ont fournis, nous essaierons de dégager quelques règles thérapeutiques.

Avant d'aborder l'étude de notre travail nous avons un devoir agréable à remplir, celui de remercier tous les maîtres éminents qui nous ont aidé de leurs conseils et dont les bonnes leçons ont facilité notre éducation médicale.

A notre maître, M. le Professeur Curtillet, nous offrons ici l'hommage de notre vive reconnaissance pour les marques de bienveillance et de sympathie qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner. Il a bien voulu approuver le sujet de notre travail et nous communiquer toutes ses observations personnelles. En nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, il ajoute un titre de plus à la gratitude dont nous lui sommes redevable.

Que M. le Professeur Vincent chez qui nous avons été interne à la fin de nos études, reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous n'oublierons non plus jamais M. le Docteur P. Lombart, Chef de Clinique chirurgicale infantile, pour les précieux conseils qu'il nous a toujours donnés avec une généreuse bienveillance ; nous l'en remercions sincèrement.

Nous nous souviendrons toujours de nos chers camarades d'études ; à M. le Docteur Biscos, notre compagnon de garde, va l'assurance de la profonde affection que nous avons pour lui.

A Messieurs les Docteurs Bit, Deshayes, Rebuffat, Maury, Huck, Trainar, Barthez, Marguerie, Flottes et Fuchs vont aussi nos souvenirs pour leur sincère amité.

Nous n'oublierons enfin, aucun de nos amis.

CHAPITRE I

De la fréquence des kystes hydatiques chez l'enfant à Alger

Fréquence en général. — La fréquence du kyste hydatique chez l'enfant a été très longtemps méconnue, nous n'en voulons pour preuve que cette phrase de Trousseau : « La somme totale des faits d'hydatides chez l'enfant, connus et publiés dans l'histoire de la médecine se réduit à 18 dont 9 sont des tumeurs du foie. »

En 1867, Pontou qui le premier fit un travail d'ensemble sur ce sujet n'en réunit que 21 cas.

En 1870, Rathery écrit : « Parmi les nombreuses tumeurs qui peuvent occuper la cavité abdominale, il en est un certain nombre qui sont ou totalement inconnues ou du moins tout à fait exceptionnelles chez l'enfant. Si l'on excepte quelques lignes consacrées exclusivement aux tumeurs hydatiques du foie dans des notices sur la chirurgie des enfants par P. Guersant et une leçon de Giraldès, l'étude de l'affection hydatique est presque complètement négligée dans les différents traités de pathologie infantile. »

En ces dernières années, au contraire, l'étude du kyste hydatique est entrée dans une phase nouvelle; une connaissance plus exacte de sa symptomatologie, les ressources d'une thérapeutique aseptique ont fourni des documents vraiment précis qui permettent de juger exactement la fréquence et les caractères de cette affection.

Posadas, dans une communication à la Société de chirurgie apporte une statistique de 46 cas, parmi lesquels 22 concernent des enfants.

Végas et Cranwel qui possèdent une statistique considérable de kystes hydatiques (948 cas) en ont observés 135 chez des malades de 1 à 10 ans et 100 chez des enfants de 10 à 15 ans.

Neisser donne la même proportion.

Fenouil dans sa thèse publie 12 cas recueillis en 7 ans.

MM. Thévenot et Barlatier, dans la *Gazette des Hôpitaux*, rapportent 2 cas observés en l'espace de 3 mois en 1906.

A Alger, les kystes hydatiques chez l'enfant paraissent fréquents.

La statistique de M. le professeur Curtillet comprend à l'heure actuelle un total de 9.000 malades parmi lesquels il en a eu à traiter 26 atteints de kystes hydatiques.

Nous ferons remarquer que ces observations concernent à peu près exclusivement des enfants européens, une seule est relative à un arabe. M. Lemaire a déjà insisté sur la rareté du kyste hydatique chez les musulmans d'Algérie qui cohabitent cependant avec des

chiens; « peut-être ces indigènes font-ils moins usage de légumes verts et de crudité; peut-être l'espèce de chiens qu'ils emploient le plus volontiers comme gardiens (chiens kabyles, au poil long, au profil de chacal) est-elle moins parasitée d'échinocoques. »

Fréquence selon l'âge. — Ce que nous savons du mode de contamination de l'organisme par le tœnia échinococcus, nous explique sa rareté dans la toute première enfance et l'infection transplacentaire nous paraît excessivement rare. Heyfelder a signalé des hydatides du placenta et du cordon ombilical chez un fœtus de 7 mois. Cruveilhier a vu à l'autopsie d'un enfant de 12 jours un kyste rompu dans l'intestin qu'il considère comme kyste hydatique. Nos observations comme celles qui ont déjà été publiées montrent que ce n'est guère avant l'âge de 3 ans que l'enfant peut être contaminé; ce qui est bien en rapport avec la période à laquelle il commence à participer à l'alimentation commune. De la quatrième à la huitième année les cas restent peu nombreux, mais la fréquence augmente beaucoup entre huit et seize ans. Ainsi, Neisser, sur 100 kystes hydatiques observés chez l'enfant, en trouve 5,8 au-dessous de 10 ans.

D'après Finsen un douzième des cas concerne des enfants qui n'ont pas encore atteint la dixième année.

Pontou avec une statistique de 21 cas montre que c'est entre 8 et 9 ans que l'affection présente son maximum de fréquence.

Au contraire, Fenouil chercher à établir que cette fréquence est maxima entre 10 et 16 ans.

Notre statistique personnelle nous fournit les résultats suivants : sept cas entre 4 et 8 ans, 19 entre 8 et 16 ans.

Notre statistique personnelle nous fournit les résultats suivants : sept cas entre 4 et 8 ans, 19 entre 8 et 2 de 14, 2 de 15, 1 de 16.

Ainsi la fréquence augmente sensiblement à partir de la huitième année.

Fréquence selon le sexe. — On peut maintenant se demander si le sexe a une influence quelconque sur l'évolution du tœnia échinococcus. A l'âge adulte la fréquence est à peu près égale dans l'un et l'autre sexe.

Dans l'enfance, au contraire, cette fréquence est appréciée de façon différente par les auteurs. M. Broca donne la proportion d'une fille pour 5 garçons; sur 12 malades Duval trouve 7 garçons. Davaine sur 10 malades a 8 garçons et Posadas 17 garçons sur 23 malades. Par contre, Pontou observe l'inverse. Sur 12 observations de Guilaine, 8 fois il s'agit de filles et 4 fois seulement de garçons. Dans nos observations, 14 concernent des filles et 12 ont trait à des garçons.

En totalisant ces quelques statistiques nous arrivons au pourcentage suivant : 55 % chez les garçons et 45 % chez les filles. Il semble donc bien que le tœnia échinococcus n'affectionne pas plus un sexe que l'autre.

CHAPITRE II

—

Multiplicité des kystes hydatiques

L'échinococcose hydatique constitue la phase vésiculaire d'un cestode, aujourd'hui bien connu,, le tœnia échinococcus. Ce tœnia qui a pour habitat naturel l'intestin du chien, est formé de trois anneaux dont le dernier renferme à maturité de 500 à 800 œufs fort petits (R. Blanchard).

Ce dernier anneau est expulsé avec les matières fécales, il se désagrège et les œufs sont dispersés à la surface du sol. Ils sont alors en nombre plus ou moins considérable absorbés par l'organisme. Chaque œuf, pouvant donner naissance à un kyste, on conçoit que puissent être nombreuses les localisations primitives de l'infection hydatique.

Ses localisations secondaires sont d'ailleurs loin d'être rares. Si la prolifération exogène de la membrane germinale est exceptionnelle, la rupture d'un kyste primitif est très souvent l'origine d'une série de localisations.

Malgré les affirmations de Sklifossovski, de Ratimoff et de Potherat et comme le croyait d'ailleurs John Hunter, les vésicules filles sont susceptibles de se gref-

fer en un point quelconque de l'organisme, dans les séreuses surtout et de continuer leur évolution.

C'est du reste l'idée qu'avait émise Wolkmann en 1877 au VI[e] congrès de chirurgie allemand.

En 1889, Lèbedeff et Andreff firent les premières greffes expérimentales de vésicules filles.

En 1898, Von Alexinsky greffant tantôt des vésicules et tantôt des scolex obtint 4 résultats positifs dans 7 expériences.

En 1899, Riemann dans 6 essais du même genre n'a que 3 insuccès.

En 1901, Dévé met définitivement au point cette importante question; il établit la réalité de l'ensemensement péritonéal par rupture d'un kyste intra-abdominal et il en montre la fréquence et les diverses modalités; fréquence qui se conçoit d'autant mieux qu'on sait le nombre formidable de scolex que peut renfermer un kyste fertile. Dévé a calculé, en effet, que un centimètre cube de sable hydatique peut renfermer jusqu'à 400.000 scolex et qu'un kyste peut contenir plusieurs centimètres cubes de sable hydatique. A l'heure actuelle, les observations publiées ne font que confirmer le fait établi par Dévé et tous les auteurs insistent sur l'échinococcose secondaire.

Nos observations nous montrent cependant la plus grande fréquence de l'échinococcose multiple primitive. Nos 26 cas se décomposent à ce point de vue de la façon suivante : 6 cas de kystes multiples du foie ajoutés à 3 cas de kystes se développant simultanément dans différents organes nous donnent un total de 9 cas d'échinococcose multiple certainement primitive. Dans un seul cas, au contraire, l'ensemencement abdominal

par rupture de kystes hépatiques peut être établi d'une façon non douteuse.

Dans 2 cas la multiplicité des kystes abdominaux peut être mise aussi bien sur le compte d'un ensemencement sanguin que d'une greffe secondaire dont le point de départ ne pourrait être déterminé.

Nous opposons donc 9 cas de kystes multiples à un seul cas de kystes multiples secondaires. Nous soulignons en passant l'importance de cette notion; en face d'un malade porteur d'une lésion hydatique on devra donc systématiquement explorer tous les viscères et essayer de dépister toutes les localisations de l'infection. Avant l'opération la radiographie et le palper fourniront de précieuses indications complétées par la laparotomie si le kyste primitif est intra-abdominal. Nous considérons comme une règle absolue de ne jamais refermer le ventre d'un malade atteint de kyste hydatique sans s'être assuré de l'absence certaine d'autres localisations. (Spléniques, mésentériques, pelviennes, rétro-gastriques, etc.).

CHAPITRE III

—

Rapport des différentes localisations

Les œufs du tœnia echinococcus arrivent d'une façon quelconque dans le tube digestif de l'homme; ils trouvent là un milieu favorable à leur développement. Sa coque est détruite et l'embryon hexacanthe prend naissance. Cet embryon peut être expulsé ou mourir avant de porter préjudice à son hôte. Mais le plus souvent, il n'en est pas ainsi. Muni d'une double couronne, formée de 30 à 40 crochets implantés sur la tête, il se fixe solidement à la muqueuse intestinale qu'il ne tarde pas à perforer. L'embryon gagne alors un rameau de la veine porte ou du système limphatique et, par un processus embolique est transporté à distance. Les rameaux du système porte conduisant tous au foie, c'est là qu'il se fixe dans la majorité des cas. Toutefois, sa taille est si petite (32 à 36 μ de long sur 21 à 30 μ de large), qu'il peut franchir le système porte, gagner le cœur et passer dans la grande circulation. Il se fixe alors dans un viscère quelconque où il achève son évolution. L'étude de nos observations comme l'examen de celles qui ont été déjà publiées nous montrent que ces localisations ne se font pas avec une égale fréquence dans les différents viscères. C'est ainsi que nos 26 cas

se décomposent de la façon suivante : 15 cas de kystes hydatiques du foie, 3 cas de kystes péritonéaux, 1 cas de kyste des muscles, 2 des poumons, 1 des reins, 1 de la rate, 2 cas de kyste du tissu cellulaire sous-cutané et 1 kyste du bassin.

Végas et Cranwell sur 419 cas ont 291 localisations hépatiques.

Guilaine sur 10 cas, 6 localisations hépathiques, 1 localisation cardiaque et 1 péritonéale.

Fenouil a une statistique de 11 cas dans laquelle on trouve 9 kystes hépatiques, 1 kyste épiploïque et 1 kyste pulmonaire.

Posadas a une statistique de 26 cas dans laquelle on trouve 17 kystes hépatiques, 2 kystes pulmonaires, 3 kystes musculaires, 1 kyste rénal et 3 kystes de l'orbite.

Kallionzis d'Athènes, rapporte 6 cas de kystes multiples qui se décomposent de la façon suivante : 2 cas de kystes de la rate, 3 cas de kystes multiples épiploïques et 1 cas de kyste multiple du foie.

Bricet apporte 30 cas de kystes hydatiques dans lesquels il s'agit :

1 fois de kyste du ligament large.
1 fois de kyste du mésocolon.
1 fois de kyste du rein.
2 fois de kystes des muscles.
3 fois de kystes de l'abdomen, auxquels il faut ajouter 22 kystes hépatiques.

Guiart dans son précis de parasitologie insiste sur la localisation fréquente de l'infection hydatique dans le foie, qu'il trouve réalisée dans 52 % des cas. Au

contraire, le poumon n'est intéressé que dans 10 %, la peau et les muscles dans 8 0/0, le cerveau dans 7 %, la cavité orbitaire dans 6 0/0 et le rein dans 5 % des cas.

Voici, d'ailleurs, le total des localisations de toutes les statistiques que nous avons mentionnées : 787 kystes hydatiques fournissent : 308 localisations hépatiques, 42 localisations péritonales, 23 localisations pulmonaires, 17 musculaires ; le rein et le cerveau sont chacun 7 fois intéressé, l'orbite 3 fois, la rate 2 fois, le cœur 1 fois et le ligament large 1 seul fois aussi.

Après le foie et par ordre de fréquence décroissante viennent le péritoine, les poumons, les muscles, le rein, le cerveau, l'orbite, la rate, le cœur et le ligament large.

L'examen de toutes ces statistiques nous permet donc de souligner encore une fois la fréquence de l'atteinte du foie par le tœnia échinocoque; fréquence qui tient vraisemblablement à ce que l'organe hépatique est l'étape première que doit franchir le parasite.

CHAPITRE IV

Statistique du service de M. le Professeur CURTILLET

Kystes uniques du foie

OBSERVATION I

Le 7 décembre 1900, Sauveur Br..., âgé de 13 ans, entre à l'Hôpital de Mustapha dans le service de M. le professeur Curtillet.

Pas d'antécédents héréditaires.

Angine aiguë dans sa première enfance.

L'affection a débuté il y a un mois et demi par des accès de fièvre. La mère s'aperçut alors que l'enfant avait une grosseur au niveau de l'hypocondre droit. Cette tumeur était indolente à la pression. Un chirurgien consulté, à cette époque, posa le diagnostic de kyste hydatique ou d'abcès du foie et conseilla une intervention immédiate. L'enfant n'avait plus d'appétit et maigrissait. Mais la fièvre tombant, les parents ajournèrent le moment de l'opération. Depuis un mois ,plus d'anoréxie, plus de fièvre et la tumeur ne disparaissant pas les parents se décident à faire entrer le malade à l'hôpital.

A l'examen, on constate, à première vue, une tumeur abdominale dans la région hépatique. La palpation permet, en effet, de délimiter une tumeur parfaitement lisse, qui fait corps avec le foie et qui se déplace avec cet organe dans les mouvements d'inspiration et d'expiration. On perçoit de la fluctuation, la poche n'est pas excessivement tendue.

En arrière, la tumeur est inaccessible, et n'a pas de rapport avec le rein. L'abdomen est sonore au niveau de la région hypogastrique et des flancs. La matité se continue directement avec celle du foie. La masse s'étend en bas à 4 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes.

A l'auscultation des poumons, on trouve un peu de congestion aux deux bases et peut-être quelques frottements pleuraux à droite. Il y a de la diminution du murmure vésiculaire et un peu de submatité à la percussion.

Rien au cœur.

Pas d'anorexie, pas de dégoût pour les graisses. Selles normales, jamais de démangeaisons ni de douleur à l'épaule droite. Il n'y a pas de chien dans la maison du malade. On lavait soigneusement les légumes, la salade et autres crudités que l'on servait à table.

M. le professeur Curtillet, étant malade, les parents reprennent leur enfant.

Le 20 avril 1901 le malade revient à l'hôpital, l'état général ne s'est pas modifié. Jamais de douleur au niveau du foie ni à l'épaule. Toutefois, la tumeur s'est accrue et maintenant est très visible à l'inspection. L'hypocondre droit est déformé, les fausses côtes et le rebord costal sont déjetés en dehors. La matité hépatique descend maintenant jusqu'au niveau d'une ligne transversale passant par l'ombilic. A la palpation l'abdomen est souple et l'on sent une tumeur nettement arrondie. A gauche, cette tumeur s'arrête à 2 centimètres de la ligne médiane. A droite on suit moins bien la poche dissimulée derrière ses fausses côtes. En faisant enfin glisser la main de haut en bas et en partant du mamelon on sent très nettement la voussure que fait en avant la tumeur hydatique. Les autres signes physiques ne sont pas modifiés. On ne perçoit pas de frémissement hydatique. Le périmètre thoracique étant au niveau du point culminant

de 69 centimètres, on trouve pour la moitié droite 36 centimètres et demi au lieu de 34 et demi, ce qui fait une augmentation de 2 centimètres du côté de la tumeur.

Opération le 23 avril 1901. Anesthésie à l'éther. On fait une incision longitudinale en dehors du droit antérieur de l'abdomen. On récline le muscle à gauche et on ouvre le péritoine. Il existe quelques adhérences entre la poche kystique qui se trouve sur la face antérieure du foie et le péritoine pariétal. Le kyste est ouvert après avoir été vidé en partie par une ponction. Il s'écoule environ 500 centimètres cubes de liquide clair, eau de roche, sans vésicules filles. La membrane du kyste est ensuite enlevée avec la plus grande facilité. Les parois de la poche ne saignent pas. On injecte environ 80 centimètres de sérum artificiel et l'on ferme par un surjet au catgut. La membrane étant très mince, très peu résistante et l'aiguille employée très grosse, il sourd des points de suture un peu de liquide injecté dans la poche. On a cependant fait pardessus la suture de la paroi un second surjet à la Lambert; aussi, fixe-t-on la poche à la paroi abdominale et repère-t-on le surjet par une pince qu'on laisse à demeure. On place des fils d'attente métalliques. Pansement.

Le 27 avril, on enlève la pince de la suture de la poche et les fils d'attente. On laissera la plaie se fermer par seconde intention.

Les suites sont normales, la cicatrisation est relativement rapide, et le 20 mai l'enfant sort guéri du service.

OBSERVATION II

Le 12 avril 1906, B..., Joseph, entre à l'hôpital de Mustapha, dans le service de M. le professeur Curtillet.

Depuis un mois, l'enfant a de l'anoréxie et ressent fréquemment des douleurs à l'épaule droite, quelquefois aussi à l'épaule gauche. Il y a 8 jours la douleur a augmenté considérablement à l'épaule gauche, accompagné d'un léger frisson. Le malade toussait et avait une expectoration striée de sang; à noter aussi ce même jour un vomissement alimentaire et le lendemain une poussée d'urticaire. Le médecin traitant porte le diagnostic de pneumonie du sommet gauche. Quelques jours après, on découvre une voussure très nette au niveau de la région hépatique. L'enfant entre à l'hôpital.

L'examen pulmonaire dénote une sonorité partout normale et des sous-crépitants fins dans toute la hauteur des poumons, particulièrement à droite. L'auscultation est d'ailleurs rendue difficile par des quintes de toux sèches et pénibles qui prennent le malade dans la position assise; il expectore abondamment alors un liquide fluide grisâtre ayant l'aspect du pus. A l'inspection, la région hépatique présente une voussure volumineuse qui descend à 4 doigts au-dessous du rebord des fausses côtes. La palpation permet de délimiter une tumeur dure, régulière fluctuante et du volume d'une orange; cette tumeur soulève les côtes à droite. La radioscopie montre le diaphragme fortement repoussé et s'élevant jusqu'au niveau du hile du poumon; à quelques centimètres de la base droite on voit aussi une bande sombre de deux centimètres de largeur et oblique en bas et en dehors. Ni la percussion, ni l'auscultation ne peuvent nous renseigner sur la nature de cette opacité.

Le 2 mai, deux ponctions sont faites à gauche avec des aiguilles capillaires au niveau du bord interne de l'omoplate dans les espaces intercostaux (3e et 4e) sans aucun résultat.

OBSERVATION III

—

R. M., 10 ans, opérée en 1906. Kyste ayant évolué insidueusement avec un peu de douleur et sans altération de l'état général. L'opération a été faite par une incision sur le bord externe du grand droit gauche. Après ponction puis incision du kyste la membrane germinale a été enlevée d'un seul bloc puis les bords de l'incision ont été suturés à la peau et la cavité drainée en raison de l'apparition dans la poche d'un liquide verdâtre indiquant une communication avec les voies biliaires. L'effacement de la poche s'est fait assez rapidement sans suppuration et la guérison a été obtenue en moins de 2 mois.

OBSERVATION IV

—

La nommée S. Georgette, âgée de 7 ans, entre le 27 novembre à l'hôpital de Mustapha, dans le service de M. le Professeur Curtillet.

On note tous les principaux symptômes d'un kyste hydatique.

Opération. — Anesthésie mixte : kélène et éther.

Incision perpendiculaire au rebord costal sur le point culminant de la voussure, le long du bord externe du grand droit, incision de sa gaine un peu en dedans du bord externe ; réclinaison du muscle en dedans et incision de l'aponévrose postérieure et du péritoine. Ponction de la poche au trocart, il s'écoule environ un litre de liquide eau de roche. L'adventice ouverte, la membrane hydatique est arrachée en totalité.

Pas de lavage de la poche. Pas de capitonnage. Suture en bourse de l'orifice de la poche avec quelques points à la Lembert pour enfouir cette suture. Surjet musculo-aponévrotique. Pas de drainage. Crins.

Les suites opératoires sont excellentes. Les crins sont enlevés le 12 décembre. Pas de suppuration. Réunion par première intention.

Le 11 juin, l'enfant ayant parfaitement guéri par évacuation spontanée de sa collection purulente interlobaire, on opère le kyste.

L'anesthésie est faite au chlorure d'éthyle et au chloroforme en raison des accidents bronchiques et pulmonaires qu'a présenté cet enfant et pour éviter l'abondante secrétion bronchique que pourrait provoquer l'éther. Malgré cela, dès le début de l'administration du chloroforme, des secrétions apparaissent au niveau des narines, l'enfant se cyanose et l'on est obligé d'interrompre l'anesthésie. Celle-ci est reprise au bout d'un instant avec beaucoup de modération et peut être menée jusqu'au bout sans nouvel incident.

Incision le long et un peu en dedans du bord externe du grand droit celui-ci est récliné en dedans. La ponction du kyste retire 1 litre 1/2 environ d'un liquide eau de roche. On enlève la membrane germinative très épaisse et tâchée sur la face externe de larges plaques jaunes. La fin du liquide est également un peu jaunâtre. Ces indices de l'existence d'une communication avec les voies biliaires jointes à l'infection grave récente qu'a présenté cet enfant font renoncer à une cure radicale par fermeture complète de la poche dans la crainte d'une infection de celle-ci; on la marsupialise et l'on y place deux gros drains. On suture les différents plans au catgut et au tendon de renne. Pansement aseptique.

Le 16 juin, on enlève les agrafes. La plaie a très bel aspect.

OBSERVATION V

P... Louise, âgée de 7 ans, entre le 7 avril 1907 à la clinique chirurgicale infantile.

Opération faite le 16 avril 1907. Anesthésie kélène et éther, terminée par le chloroforme, les vapeurs d'éther irritent l'enfant et la font tousser faisant faire issue par la plaie de la masse intestinale. Incision de 10 à 12 centimètres en plein grand droit de l'abdomen. Le kyste apparaît, on le ponctionne à l'aide d'un trocart ; il sort environ 1 litre et demi de liquide eau de roche. On injecte alors deux seringues de Guyon remplies de solution formolée à 1 p. 100. On assèche la cavité à l'aide de l'instrument de Villars monté sur un appareil de Potain. A l'aide d'une pince on retire en entier la membrane du kyste et deux ou trois tampons suffisent à assécher la cavité.

Suture en bourse de la paroi du kyste ; cette première suture est elle-même enfouie par une série de sutures à points séparés. Suture de la paroi abdominale. Pansement.

Le 17 avril l'enfant va bien, ne souffre pas, le ventre est un peu balonné. La température le 16 au soir a été de 38° celle du 17 au matin 38°2. P.: 120.

OBSERVATION VI

—

Elise H...., âgée de 11 ans est opérée le 15 mai 1905, par M. le Professeur Curtillet.

Anesthésie mixte : kélène et éther.

Incision sur le bord externe du grand droit gauche, incision de la paroi antérieure de sa gaine. Réclinaison du muscle en dedans. Incision de la couche postérieure de la gaine.

Gros kyste de la face supérieure du lobe gauche atteignant le bord antérieur. Pour le découvrir le mieux possible on prolonge l'incision de la paroi jusqu'au contact du rebord costal puis on fait basculer le foie. Ponction : liquide louche. Pour éviter l'infection du péritoine on suture la paroi du kyste aux lèvres de l'incision avant de l'ouvrir. On achève la suture de la paroi jusqu'au bas de l'incision abdominale sur 3 plans, puis on ouvre le kyste d'où sort une grande quantité de liquide purulent, quelques vésicules puis la paroi du kyste que l'on ramène en plusieurs lambeaux. Drainage.

OBSERVATION VII

T.... Jeanne, est opérée le 16 novembre 1903, par M. le Professeur Curtillet.

Anesthésie : kélène et éther.

Incision le long du bord externe du muscle droit du côté droit. Examen du foie qui parait d'abord uniformément augmenté de volume, mais sans aucun changement de coloration, sans inégalité de consistance, du moins sur ses faces supérieures et externes. Ce qui frappe c'est la dureté. Tout d'abord rien ne révèle la présence d'un kyste, mais en plongeant la main dans l'abdomen et en explorant les autres parties du foie on se rend compte que cet organe n'est réellement très dur que dans une partie et que tout autour de celle-ci il offre une consistance bien différente. C'est ce contraste qui, à la suite d'un nouvel examen fait constater que la partie dure est surtout rénitente et doit correspondre à une région kystique. Comme cette région est surtout développée du côté du lobe droit et difficilement accessible par l'incision on en fait une seconde beaucoup plus en dehors et l'on ferme la première.

Par la même incision on tombe au centre de la partie rénitente, comme on s'attendait à trouver un contenu purulent, on prend toutes les précautions voulues pour garantir la cavité péritonéale. Ponction au trocart : liquide eau de roche. Incision de la poche, extraction d'une immense paroi du kyste hydatique dont la surface interne est parsemée de vésicules filles très adhérentes. Marsupialisation et drainage de l'immense cavité avec deux drains. L'épaisseur de la tranche hépatique était de 3 centimètres environ. Le contenu du kyste peut être évalué à 1 litre et demi.

OBSERVATION VIII

P.... Madeleine, âgée de 14 ans, est opérée le 8 novembre 1909, par M. le Professeur Curtillet.

Laparotomie sus-ombilicale médiane. La tumeur apparaît immédiatement et peut être facilement amenée hors de la cavité abdominale. On se rend compte que cette tumeur formant une masse presque régulièrement sphérique est appendue au bord antérieur et à la face inférieure du foie. Cette tumeur est réellement partie du parenchyme hépatique dont elle s'est entièrement enucléée. Comme le pédicule est formé par le bord même du foie sur une assez grande largeur on ne peut songer à enlever la tumeur d'un seul coup par section de la substance hépatique. On la ponctionne, (liquide hydatique transparent), on l'incise, on enlève la membrane hydatique et on résèque la plus grande partie de la poche. Ce qui reste de celle-ci (largeur d'une paume de main) est suturé par une suture en bourse au catgut. Réunion de la plaie abdominale sans drainage. Malgré cette suture la tranche de section qui a entamé sur un point le bord antérieur du foie, suintant un peu on applique sur la suture par un point au catgut, un voile épiploïque.

11 novembre. — L'enfant a souffert mais n'a pas de fièvre.

16 novembre. — Depuis 4 jours la température s'est élevée un peu au-dessus de 30°. Pansement : on trouve un peu de suppuration sous la peau à la partie inférieure de la plaie.

OBSERVATION IX

Es... Isabelle, âgée de 15 ans, entrée le 10 mai 1907 à l'hôpital, salle Guersant. Le diagnostic de kyste hydatique est porté par M. le Professeur Curtillet.

Opération le 12 mai. Anesthésie mixte : kélène-éther.

Incision sur le bord externe du grand droit, on tombe sur le kyste qui paraît recouvert d'une épaisseur assez grande de tissu hépatique. La surface du foie à ce niveau n'est pas adhérente au péritoine, mais on constate que sur le côté dans la région où le malade souffrait à la pression depuis quelques jours, région correspondant à la ligne axillaire, des adhérences encore lâches commencent à se constituer.

Le kyste est vidé par ponction. Lorsque l'évacuation permet d'attirer la poche au dehors, on y fait une petite incision de manière à y passer l'aspirateur fenêtré de Villars. On achève ainsi complètement l'évacuation. Le liquide retiré est transparent, sauf au fond, où il paraît un peu louche. La poche hydatique s'enlève facilement, elle est tachée de bile. Au lieu de fermer complètement la poche, on la marsupialise à cause de sa communicaiton certaine avec les voies biliaires et de la fièvre que présente le malade depuis plusieurs jours.

17 mai 1907. — Un écoulement abondant de bile se fait depuis plusieurs jours. La température baisse, l'état général est satisfaisant.

OBSERVATION X

—

M.... Marius, âgé de 11 ans, est opérée le 1er mai 1907 par M. le Professeur Curtillet.

Anesthésie au chlorure d'éthyle et éther. Incision sur le bord externe du grand droit .L'adhérence du kyste au péritoine est complète et on l'ouvre et le vide sans ouvrir le péritoine : liquide transparent, grande quantité de vésicules. La poche est fortement tachée de bile. En raison de cette communication avec les voies biliaires, on marsupialise.

OBSERVATION XI

A... Odette, âgée de 6 ans, est opérée le 28 novembre 1910, d'un kyste hydatique du foie, par M. le Professeur Curtillet.

Anesthésie au kélène et à l'éther. Cet enfant a été opéré il y a quelques mois par MM. Fuster et Aboulker ; marsupialisation d'un kyste antérieur et d'un autre postéro-supérieur, celui-ci par une incision à travers le 11e espace intercostal. Cette enfant conserve de la fièvre à grandes oscillations, elle paraît avoir une autre tumeur dans le lobe gauche de son foie.

Pour explorer cette région, on fait aujourd'hui une laparotomie latérale qui ne fait rien découvrir d'anormal, on referme immédiatement et on explore les deux anciennes cavités qui sont restées irrégulières avec des débris de membranes hydatiques adhérentes à leurs parois.

L'auscultation a montré préalablement qu'il existait un souffle pleurétique très net à droite. Une ponction ramène un liquide citrin un peu louche. Pour agrandir l'ouverture du kyste postéro-supérieur et le drainer plus complètement on fait sauter une petite portion de la onzième côte sur le bord de l'ancienne incision ; le doigt peut alors pénétrer très loin dans le parenchyme hépatique. Cette exploration a dû ouvrir soit la grande cavité pleurale, soit une cavité cloisonnée dans celle-ci, car une assez grande quantité de liquide séreux s'écoule et la matité qui existait à la partie inférieure du thorax fait place à de la sonorité. En faveur de la cavité cloisonnée on remarque que la pénétration de l'air s'y est faite sans sifflement et sans que l'anesthésie ait été troublée. Drainage.

OBSERVATION XII

Rupture intra-péritonéale d'un kyste hydatique suppuré du foie

Marcelin Ber..., âgé de 13 ans, entre à l'hôpital de Mustapha, le 17 avril 1902, dans le service de M. le Professeur Curtillet.

Pas d'antécédents héréditaires.

L'enfant n'a jamais été malade ; mais il y a quelques mois environ il s'est senti abattu; il a cessé de jouer et son appétit a diminué. Il a présenté des alternatives de constipation et de diarrhée. Le côté droit de l'abdomen était le siège d'une douleur sourde et d'une sensation de pesanteur. Le 15 mars les parents découvrirent une tumeur au niveau de la région douloureuse. Cette tumeur ne cessa de s'accroître et le médecin de la famille conseilla le transport du petit malade à l'hôpital.

Mauvais état général, le malade est dans un état d'amaigrissement très marqué, il a le teint jaune, les traits du visage tirés et le ventre gros. On note dans la région hépatique, une douleur qui s'irradie vers l'épaule droite. Anorexie, notre malade a de l'inappétence surtout marquée pour la viande et les graisses. Aucune éruption d'urticaire n'est apparue. Les parents du malade ont un chien qui joue souvent avec l'enfant.

A l'inspection, le ventre du petit malade offre une saillie très nette dans l'hypocondre droit, cette voussure descend au-dessous de l'ombilic et gagne l'hypocondre gauche.

A la palpation on sent une tumeur lisse, régulière, de grande consistance, douloureuse à la pression qui va de l'épigastre jusqu'au dessous du rebord des fausses côtes du côté gauche. Toute cette région est mate à la percussion ; cette matité franchit la ligne médiane et s'étend jusqu'au niveau de la 6e et 7e côte droites. Pas de frémissement hy-

datique ni trace d'ascite. On ne note aucun symptômes pulmonaires.

16 avril 1902. — Depuis hier l'état du malade s'est brusquement aggravé. La température est tombée à 36°. Le visage est grippé, le pouls presque imperceptible. Refroidissement des extrémités. Un peu de cyanose du visage ; en même temps, on s'aperçoit que la saillie du kyste s'est affaissée et que le ventre qui était plus proéminent dans sa moitié droite s'est uniformément étalé. En somme, signe de rupture du kyste.

M. le Professeur Curtillet décide d'intervenir d'urgence.

Anesthésie : kélène et éther.

Incision sus-ombilicale médiane ; du péritoine s'écoule plusieurs litres de pus jaunâtre ,d'odeur fade. Après cette évacuation, le kyste dont on ne trouve pas la déchirure est ouvert au bistouri et évacué, grande quantité de pus, nombreuse vésicules filles, la membrane anhyste qui limite une double loge s'enlève en totalité. La cavité du kyste est considérable. A sa surface se trouve la vésicule biliaire, distendue probablement par compression des canaux biliaires. Bien que le lieu de rupture n'ait pas été découvert, on se rend compte que la rupture a eu lieu certainement, car le kyste qui était hier extrêmement tendu est aujourd'hui très affaissé et l'on peut avant de l'inciser saisir et plisser sa paroi. Marsupialisation. Drainage avec un drain en verre et un grand drain en caoutchouc se dirigeant sous la face inférieure du foie.

Incision sous-ombilicale. Drainage par cette incision au moyen de deux gros drains. Autre incision et drainage avec deux drains également dans le flanc droit.

L'anesthésie a été interrompue presque dès le début de l'opération qui a été extrêmement rapide. Cependant à la fin de l'opération, le malade est plus cyanosé, son pouls carotidien se sent à peine. La respiration est très superficielle et l'on ne remonte le malade qu'en lui faisant des injections de sérum, de caféïne, d'éther et en lui faisant respirer de l'oxygène.

L'état continue à s'aggraver et le petit malade meurt à deux heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite.

Kystes hydatiques mutiples du foie

OBSERVATION XIII

Marguerite C..., âgée de 4 ans, entre le 7 mars 1898 dans le service de M. le professeur Curtillet.

Pas d'antécédents héréditaires.

L'enfant a toujours eu une excellente santé.

Il y a 6 mois environ, la mère en baignant son enfant vit sur l'abdomen de cette dernière une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur a sensiblement grossi depuis.

Jamais de douleur, ni à la région hypogastrique, ni à l'épaule droite. Pas de dégoût pour les matières grasses. Pas d'urticaire, mais l'enfant a souvent du prurit sur tout le corps.

L'état général est bon. Le ventre est volumineux et sillonné d'une circulation complémentaire surtout marquée à l'hypocondre droit. Le foie est volumineux. Au creux épigastrique existe une saillie très prononcée, indolore et dure.

Une première intervention est pratiquée le 20 mars 1898.

Incision des téguments sur une longueur de 5 centimètres et sur la saillie de la tumeur. On ouvre le péritoine, le grand epiploon vient faire hernie à travers la plaie, on le refoule. On voit alors la poche qui fait saillie, elle n'est point recouverte de tissu hépatique. On fait une ponction au trocart qui retire 100 grammes de liquide clair, eau de roche. Le kyste est incisé et la membrane germinative extirpée. Marsupialisation.

Le 22 mars, l'enfant a une température de 38°5. Le pansement est défait, on trouve un peu de suppuration mais tout à superficielle.

Quelques temps plus tard l'enfant sort guéri.

Au mois de septembre de la même année l'enfant est ramenée, le ventre a de nouveau grossi. La percussion du côté droit donne une matité qui s'étend du 5e espace intercostal jusqu'à la crête iliaque. Nulle part on ne sent de saillie comme la première fois.

L'opération est faite le 15 septembre 1898.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane. On découvre la face convexe du foie. En introduisant la main vers la partie inférieure, on sent une énorme poche adhérente à la face concave du foie. Cette poche est ponctionnée : écoulement de 300 grammes d'un liquide parfaitement clair. Incision du kyste et extraction de la membrane germinative. La situation profonde de la poche ne permet pas la marsupialisation; on résèque la plus grande partie de la membrane et l'on ferme les plaies au catgut. La main continuant son exploration rencontre une autre poche située le long du bord droit du foie. On la ponctionne mais au prix de grandes difficultés, extirpation de la membrane et marsupialisation.

Les suites opératoires sont excellentes et le malade sort guéri quelques jours après.

OBSERVATION XIV

—

Jeanne F..., âgée de 4 ans et demi entre à l'hôpital le 29 mai 1903 dans le service de M. le professeur Curtillet.

Pas d'antécédents héréditaires.

On relève chez notre malade une bronchite à l'âge de 2 ans et une crise d'entérite aiguë dans sa troisième année. L'enfant s'est ensuite très bien portée.

Il y a un mois environ que la mère voit l'abdomen de sa fille se déformer progressivement.

L'état général est bon. On remarque cependant une certaine pâleur des téguments qui, au dire des parents, deviennent plus foncés à certains moments. (Subictère probablement).

Actuellement, l'hypocondre et le flanc droit présentent une voussure considérable. A la palpation on sent une tumeur arrondie, lisse, rénitente et indolore dont la matité se confond avec celle du foie. Le bord inférieur de ce dernier organe est abaissé de 9 centimètres environ. La tumeur, pendant la respiration, suit les mouvements du diaphragme. Enfin l'abdomen qui est le siège d'une légère circulation complémentaire mesure 60 centimètres dans sa plus grande largeur.

L'enfant accuse parfois de légères douleurs dans le flanc droit mais jamais d'irradiations dans les épaules. On a vu il y a un mois sur le corps de la malade, une éruption d'urticaire. Pas de troubles digestifs : l'appétit est excellent et l'enfant présente même un goût prononcé pour les matières grasses. Depuis l'âge de 2 ans notre malade joue avec un chien.

Examen du sang : P. = 43.
m. = 45.
M. = 8.
Eos. = 4.

Eosinophilie marquée. — Hyperleucocytose au dépend des grands mononucléaires plus marquée encore.

Opération pratiquée le 3 juin 1903 par M. le professeur Curtillet.

Anesthésie au kélène et à l'éther.

Incision à droite le long du bord externe du muscle droit. Le kyste apparaît immédiatement en contact avec le péritoine. Ponction au trocart. Ecoulement d'un liquide eau de roche. Incision de la poche après avoir garni tout son pourtour avec de la gaze et l'avoir amenée en dehors avec des pinces en cœur. La membrane fertile s'enlève d'une seule pièce très aisément. Assèchement de la cavité et ligature en masse par un fil de catgut de tout ce qui peut être saisi de la poche attirée au dehors. Excision de tout ce qui dépasse la ligature; puis quelques points en surjet au catgut fin par dessus la ligature pour invaginer les bords de la poche que l'on abandonne ensuite dans le ventre. Surjet au catgut du péritoine puis suture au fil métallique en un seul plan de la peau et de la couche musculaire.

10 *juin* 1903. — Pansement. — Les jours qui ont suivi l'intervention ont été marqué par une notable élévation de la température .(Oscillation entre 38°5 et 39°5).

11 *juin*. — Purgation. — On fait le pansement. La plaie est désunie et laisse écouler une sérosité louche. Le ventre est souple. Il n'y a pas de réaction péritonéale, cependant le foie est gros et dépasse notablement les fausses côtes; il n'est nulle part douloureux à la pression.

La température étant toujours élevée, on fait sauter toutes les sutures; on ne trouve qu'un peu d'adhérence des anses intestinales et de l'épiploon au-dessous de la plaie. Le pourtour de la région est souple. Par un débridement latéral de plusieurs centimètres, on se porte en dehors où l'hypocon-

dre paraît bomber et l'on tombe alors dans une petite cavité péritonéale, enkystée contenant un liquide louche. Au fond de cette cavité, bombe une poche dont on ne peut au doigt préciser la nature. Drainage.

22 *juin.* — Dans le pansement on trouve des débris d'hydatides suppurées alors que toute la poche avait été bien enlevée. Cela montre qu'un nouveau kyste, celui sans doute que l'on sentait bomber au premier pansement s'est ouvert.

En explorant la cavité on sent très loin, derrière le foie une nouvelle poche tendue que l'on perfore et qui laisse échapper une grande quantité de liquide très clair. On enlève la poche presque aussi grande que celle du premier kyste.

Drainage avec gros drains jusqu'en arrière du foie.

Température 39°.

OBSERVATION XV

K..., Ferdinand, âgé de 14 ans, entre le 15 janvier 1904, à l'hôpital de Mustapha, salle Guersant, de la Clinique infantile.

Rien à noter dans les antécédenst héréditaires du malade.

Tout dernièrement, l'enfant a eu une pleurésie qui a cédé à quelques ponctions.

Au mois d'août 1903, à la suite d'une chute de cheval le malade s'alite et fait de la fièvre pendant une semaine environ.

Au mois de septembre, il présente de l'anorexie et du dégoût pour les viandes; il a plusieurs poussées d'urticaire. La taille augmente de largeur et la moindre fatigue fait naître dans l'hypocondre droit une sensation de pesanteur. A l'arrivée dans le service on note la présence au creux épigastrique d'une voussure qui se prolonge vers le côté gauche. A la palpation on délimite une tumeur arrondie et rénitente dont la matité se continue avec celle du foie. La percussion donne une zone de matité qui s'étend du 5e espace intercostal jusqu'à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Opération. — Anesthésie au chlorure d'éthyle et éther.

Incision sur la ligne médiane dans la région épigastrique depuis l'appendice xyphoïde jusque dans la région ombilicale sur une longueur de 8 centimètres. Une ponction au Potain demeure blanche et en remuant l'extrémité du trocart on a la sensation cependant que l'on est dans une cavité limitée. D'autre part, les modifications de la face convexe du foie montrent qu'il y a bien à ce niveau une collection.

Aussi on agrandit au bistouri boutonné, au niveau de la ponction, toute cette surface modifiée .Ainsi on ne traverse qu'une petite quantité de tissu hépatique qui saigne peu. Par l'incision agrandie, il s'écoule une quantité considérable d'hydatides filles de tous les âges. Les unes sont transparentes, les autres opaques. Le péritoine a été au préalable protégé par des compresses sur la lèvre droite et dans le bas de l'incision. Sur la lèvre gauche le ligament falciforme limite l'incision. Les vésicules sont extraites à l'aide d'une cuiller à potage qui facilite singulièrement la besogne, mais la longueur de l'instrument ne permet pas d'arriver jusqu'à l'extrémité de la cavité qui va dans la région de la rate.

Du côté du lobe gauche, le kyste fait surtout saillie dans la cavité péritonéale dont la sépare simplement la séreuse. Les parois du kyste sont ensuite fixées par des points en U, drainage avec 3 gros drains et fermeture partielle de la paroi.

9 *février*. — Lavage de la cavité avec 2 litres d'eau formolée à 2 p. 1000. On ramène une quantité de vésicules flétries. Pansement.

13 *février*. — Pansement. — On fait sauter les points de suture. Cholérragie.

15 *février*. — Pansement.

1er *mai*. — Cicatrisation complète.

6 *mai*. .. En examinant le malade, on s'aperçoit que la matité hépatique est descendue très bas. En explorant la paroi antérieure on sent dans le lobe droit une tumeur d'une consistance ferme très tendue. Il s'agit d'un kyste assez volumineux qui peut être dans le tissu rénal puisqu'on éprouve la sensation de ballottement. On décide une nouvelle intervention.

9 *mai* 1904. — Incision oblique le long des cartilages costaux, on tombe sur un kyste du volume d'un poing d'adulte faisant saillie sur la face antérieure du foie et sur la face concave inférieure en contact avec le rein. La ponction avec

un gros trocart, ne ramenant rien, on incise au bistouri le kyste qui laisse échapper de nombreuses hydatides filles. Suture de la poche à la paroi. Drainage. Lavage à l'eau formolée. Les hydatides étaient teintées de vert. Réfection de la paroi.

3 *juin.* — Par une incision curviligne de 10 centimètres au niveau des 9e et 10e côtes, on aborde le foie par la voie transpleurale; le tissu sous-pleural est absolument libre, pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration on voit le poumon tirailler la plèvre sans parcourir une étendue de plus de quelques millimètres. Il y a aussi quelques plaques blanchâtres sur le feuillet pariétal. Il y a aussi quelques adhérence pleuro-pulmonaires; on fait à ce moment une petite boutonnière dans le feuillet pleural mais on constate que les adhérences ne sont pas suffisantes et permettraient la production d'un pneumo-thorax. A l'aide de la main, on refoule autant que l'on peut le poumon et la plèvre et l'on fait une série de points arrière pour faire une digue isolant la grande cavité séreuse. Lorsqu'on incise le feuillet pariétal on s'aperçoit qu'une mince languette de poumon a été comprise, aussi en assure-t-on l'hémostase et l'on place à la section qui s'arrête au diaphragme des mèches de gaze iodoformée. La plaie est fermée en partie.

Les jours suivants rien de particulier, ni température, ni douleur pendant les mouvements respiratoires. Pas de pneumothorax.

11 *juin* 1904. — On incise l'abcès du foie, il s'écoule un pus verdâtre très lié, sans odeur, abondant. Cette intervention a lieu sans anesthésie. Drainage.

OBSERVATION XVI

Frédéric L..., âgé de 16 ans, entre au mois de juillet 1899, dans le service de M. le professeur Curtillet.

Le père est supposé tuberculeux.

L'enfant qui a eu la rougeole à 10 ans, puis de fréquentes bronchites a depuis fort longtemps un gros ventre. On note à 14 ans un écoulement d'oreille qui dure quelques mois.

Au mois d'octobre 1898, le malade entre à l'hôpital de Fort-National pour y faire soigner une bronchite. Peu après son entrée le ventre se balonne et en un mois atteint un volume qui attire l'attention des médecins. On note à ce moment de l'oligurie et de la pollakiurie. On fait alors une première ponction abdominale qui ne ramène que quelques centimètres cubes de liquide clair. Cette première ponction est suivie d'une augmentation rapide du volume du ventre. Il n'y a plus aucun signe de bronchite mais la dyspnée persiste.

Du mois de décembre 1898 au mois d'avril 1899 on fait six ponctions sans meilleur résultat. Constipation fréquente. Il a quelques vomissements et des selles souvent striées de sang. L'état général devient mauvais, l'enfant maigrit.

Au mois de juillet 1899, le petit malade entre à l'hôpital de Mustapha avec le diagnostic de Carreau.

Les membres sont grêles et le ventre est énorme. A la région axillaire et inguinale existent de nombreux ganglions. Le ventre ballonné, lisse, tendu, marbré par la circulation collatérale évase le bord inférieur du thorax. La matité est généralisée, sauf au niveau de l'estomac, et remonte jusqu'au 4e espace. Il n'existe pas de fluctuation abdominale et la palpation fait découvrir de nombreuses nodosités dont l'ensemble forme un gâteau semblable à celui que présente la péritonite tuberculeuse. Les antécédents héréditaires et les signes actuels sont en faveur du diagnostic d'entrée qui, d'ailleurs, est adopté, sans examen plus approfondi. L'auscultation ne révèle que quelques rales de bronchite

dans les deux poumons. On décide de traiter l'affection par la laparotomie et l'exposition à l'aide du péritoine.

Juillet 1899. — Anesthésie à l'éther. L'opération est faite par M. Cochez, chef de clinique chirurgicale infantile. Incision ombilico-pubienne faite avec beaucoup de prudence pour ne pas ouvrir une anse intestinale qui pourrait être adhérente à la paroi. Le tissu sous-péritonéal est infiltré et gélatineux. Le péritoine est ouvert prudemment sur la sonde cannelée. Il se présente aussitôt entre les lèvres de l'incision avec une tumeur allongée, cylindrique à surface jaune rougeâtre et dépolie. Cette tumeur est réduite et l'incision agrandie. Peu de liquide s'échappe. Les doigts passés sous la paroi abdominale constate l'existence d'un grand nombre de tumeurs plus ou moins sphériques variant du volume d'une noix à celui d'un citron; la plupart sont adhérentes à la paroi. Leur nature n'étant pas déterminée on amène au dehors une partie de la masse après avoir rompu quelques adhérences. Soudain après l'écoulement d'une petite quantité de liquide, la blancheur d'une membrane hydatique se présente au centre de la masse, elle est extirpée et reconnue. Le diagnostic de kystes multiples de l'abdomen s'impose alors. La ponction au bistouri de plusieurs autres tumeurs le confirme. L'exploration est alors poussée plus loin. L'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic, la main pénètre, plus profondément dans l'abdomen en rompant les adhérences pariétales et en faisant éclater les nombreuses vésicules plus ou moins volumineuses. Le nombre des tumeurs est considérable : le bassin, l'abdomen et le thorax en sont comblés. Le foie refoulé très haut n'est pas accessible et le diaphragme auquel adhère la masse ne peut être atteint. Un fragment assez volumineux du néoplasme est séparé après travail pénible. Il tient très solidement par ses attaches supérieures qui sont suturées et coupées aux ciseaux. Il représente le tablier épiploïque farci de tumeurs. Il s'étale sur une surface de plusieurs décimètres carrés. Après son ablation on le couvre dans une cavité prévertébrale; il est déroulé et ne présente rien d'anormal. Un délabrement trop considérable serait nécessaire pour nettoyer complètement l'abdomen. Le transmatisme opératoire serait considérable. Il est donc jugé dangereux de pousser plus loin l'intervention et l'abdomen est refermé; des mèches de

gaze sont placées dans les parties déclives pour le drainage de la cavité abdominale.

Dans la journée et le lendemain constipation et vomissement porracés. Le ventre très affaissé après l'opération semble se gonfler de nouveau; il y a du météorisme enfin de la fièvre.

Le 3e jour le pansement est mouillé par le liquide abdominal. La suture est solide. Pas de supuration par les mèches qui sont retirées de l'abdomen.

Le soir l'enfant a plusieurs vomissements et une température très élevée. L'enfant meurt dans la nuit.

Autopsie. — Ouverture de l'abdomen.

Le bassin est farci de tumeurs au milieu desquelles on reconnaît difficilement la vessie et le rectum.

Les intestins sont soufflés, détendus et transparents.

Quelques adhérences aux reins et au pancréas.

Le foie, creusé d'une infinité de cavités, morcelé, déchiqueté est méconnaissable; son tissu propre a presque complètement disparu.

La surface est très irrégulière, sa face convexe possède quelques vésicules qui, d'autre part, se logent en partie dans le diaphragme. Une coupe du foie montre plusieurs hydatides du volume des premières dans son intérieur et, quelques plaques cicatricielles qui semblent dues à d'anciennes vésicules ouvertes et guéries.

Une vésicule du volume d'un gros citron est enchâtonné dans le bord inférieur de la rate; une seconde moins grosse et plusieurs autres du volume d'une noix sont au bord inférieur et à la face externe.

Plusieurs vésicules font saillie à la face inférieure du diaphragme qu'elles traversent.

Les plèvres diaphragmatiques sont soulevées par des tumeurs qui font hernie dans la cavité thoracique. Dans la plèvre droite deux de ces vésicules sont entièrement sus diaphragmatiques, elles ont chacune un pédicule qui les rattache au diaphragme et sont du volume d'un œuf. Au niveau des kystes hydatiques, les fibres musculaires du

diaphragme ont complètement disparu et ne sont recouvertes que par une mince lame fibreuse et la plèvre.

NOTA. — Les plus grosses vésicules, d'ailleurs assez nombreuses étaient du volume d'un citron et semblaient être contemporaines. Les autres avaient le volume de la tête d'une épingle. Les plus petites très nombreuses en certains points ressemblaient à un semis tuberculeux.

OBSERVATION XVII

K..., Rosalie, âgée de 12 ans, entre le 12 janvier 1909, dans le service de M. le professeur Curtillet.

Le diagnostic de kystes hydatiques de l'abdomen est fait par ce dernier.

Le 5 février 1909, l'opération est pratiquée. Anesthésie au chlorure d'éthyle et chloroforme, après avoir renoncé à l'éther qui donnait une anesthésie pénible. Incision à droite de la ligne médiane au centre de la tumeur faisant saillie au-dessous des fausses côtes. On récline le muscle grand droit en dedans et l'on constate que la tumeur est immédiatement sous-jacente à ce muscle avec lequel elle a contracté plusieurs adhérences et sus-jacente au péritoine. On la ponctionne : liquide clair puis incision large et ablation d'une poche hydatique. On fait l'aspiration du liquide; plusieurs centimètres cubes de la solution formolée au millième sont injectés. Suture de la poche sans drainage. Ouverture du péritoine un peu en dehors du kyste précédent, on en profite pour enlever au passage d'un seul bloc un autre petit kyste inclus dans la paroi. L'ouverture du péritoine montre immédiatement un kyste volumineux occupant la plus grande partie du lobe droit du foie. Ponction avec un gros trocart : pas une goutte de liquide. Avant d'inciser largement on fait pénétrer dans la poche par le trocart une

certaine quantité de la solution formolée. Ouverture de la poche; il n'y a pas de liquide mais un amas compact de membranes hydatiques de coloration feuille morte qu'on pourrait comparer à des débris de pelures d'oignons.

Parmi ces membranes se trouvent plusieurs petites vésicules intactes à paroi et à contenu transparent. Tout cet amas est enlevé avec le doigt et une grosse curette puis la membrane hydatique commune est à son tour enlevée. La toilette de la cavité est faite avec soin au moyen de tampons. On la lave avec la solution formolée et on referme exactement l'ouverture par un surjet au catgut. Les extrémités du fil de ce surjet seront tout à l'heure fixées dans la paroi abdominale pour maintenir la suture au contact de cette dernière.

Exploration de l'abdomen. — Masse énorme de kystes de volume variant entre celui d'une noix et celui d'une grosse orange formant une véritable grappe incluse entre les feuillets du grand épiploon. On réussit après section d'assez nombreuses adhérences à éviscérer cette masse que l'on enlève en faisant à sa base plusieurs pédicules, cette masse une fois enlevée on constate qu'il reste dans les différents feuillets du péritoine d'assez nombreux petits kystes qu'on n'ose attaquer, l'opération ayant déjà été assez longue et l'enfant paraissant dans un état de shock inquitant. On se hâte de terminer par une suture complète de la paroi abdominale en laissant tout à fait en bas un petit drain pour assurer l'écoulement du suintement séro-sanguin qui paraît devoir être assez abondant. Injection de sérum et de caféine.

Le lendemain, 6 février, l'enfant va bien; le shock a été peu considérable, l'enfant se plaint peu et a peu vomi.

Le 12, la température après s'être élevée à 38° le 6 et 7 février est descendue progressivement jusqu'à la normale et l'enfant va très bien. — Guérison.

OBSERVATION XVIII

Le 1er octobre 1909. — T..., Alexandre, âgé de 15 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Curtillet.

Laparotomie commençant à l'appendice xyphoïde et descendant un peu au-dessus de l'ombilic. Isolément on enlève de suite cinq kystes qui sont disséminés dans les feuillets du péritoine (epiploon surtout) et qui ne peuvent être enlevés d'un seul coup. On les décortique assez facilement en plaçant quelques ligatures sur des points qui saignent ou sur des pédicules qui se ferment très facilement. Ces kystes ont le volume de mandarines et ont un contenu absolument transparent. Du côté de la face inférieure du foie on remarque de suite de nombreuses adhérences; l'ouverture du ventre en haut a même présenté en raison de ces adhérences quelques difficultés. Avant d'aller à la recherche des kystes que l'on sent très bas du côté du bassin, on s'occupe du kyste intra-hépatique qui paraît avoir été le point de départ de toutes ces adhérences. On suppose que ce kyste s'est rompu à un moment donné et a ensemencé la cavité péritonéale; on ne suppose pas que les traces d'inflammation qui l'entourent soient dues à une infection du kyste étant donné que le malade n'a aucune température et présente un excellent état général.

Après avoir toutefois bien cloisonné tout autour du kyste la cavité abdominale avec des compresses, on ponctionne la poche à une certaine profondeur, car la position qu'elle occupe ne permet pas de l'amener en dehors. A l'étonnement de tous, le trocart laisse échapper du pus épais ressemblant à un pus d'abcès chaud. On en laisse écouler une grande quantité dans un récipient, puis quand la poche est suffisamment affaissée, on l'incise et on achève de la vider au moyen de l'aspirateur fenêtré de Vilard puis on enlève la membrane hydatique et on achève d'assécher la poche en y promenant des petits tampons au bout d'une pince. Le fond de la cavité contient de la bile. La distance à laquelle

se trouve la poche empêche de la marsupialiser, on est obligé de laisser en place la barrière de compresses et on introduit dans la cavité un gros drain non fenêtré qui sortira par le pansement et plongera hors du lit dans un récipient. La présence imprévue de cette suppuration empêche que l'on songe pour aujourd'hui à aller chercher les kystes restants. En terminant on constate que la face supérieure du foie en contient des quantités de petits de la grosseur d'une noix.

26 *novembre* 1909. — Les suites ont été très simples. Le malade n'a pas eu de température. Son pouls est excellent, la suppuration et l'écoulement de bile sont abondants.

22 *janvier* 1910. — Le malade sort avec la plaie cicatrisée et dans un excellent état général. Les mèches de gaze qui cloisonnaient sa cavité abdominale n'ont pu être enlevées que très lentement, et l'écoulement de bile a été considérable jusqu'à ces derniers temps.

Deuxième intervention. — Le 12 février 1910 le malade revient pour se faire enlever les kystes qui ont été laissés.

Anesthésie : kélène et chloroforme.

Laparotomie sous-ombilicale. Ablation de 12 kystes hydatiques non suppurés inclus dans l'épiploon, mais qu'on ne peut enlever d'un seul bloc à cause de leur dissémination. Quelques-uns plongent dans le bassin, d'autres sont sous la face inférieure du foie. Ils sont pédiculisés un à un. En dernier lieu on découvre un énorme kyste bloqué dans le petit bassin refoulant le rectum à gauche et qu'on ne peut songer à énucleer. On le ponctionne, le vide, on injecte la solution de formol puis on incise et après ablation de la membrane germinative on referme simplement l'incision par un seul surjet. Fermeture de la paroi abdominale avec un drain en bas.

27 *février* 1910. — Le malade va très bien. On enlève le drain, pas de fièvre.

Le malade sort guéri le 27 mars 1910.

Il est revenu se montrer quelques jours plus tard, son état général est excellent, il ne souffre plus du ventre qui est très souple et dans lequel on ne sent aucune nodosité. — Guérison.

Kyste hydatique du bassin

OBSERVATION IXX

Rosalie A..., âgée de 11 ans, entre le 30 décembre 1902 à l'hôpital de Mustapha, dans le service de M. Curtillet.

Son père est mort à 60 ans d'une cystite infectieuse. Sa mère se porte bien. Deux sœurs en bonne santé.

Rien à noter dans les antécédents personnels.

Il y a un an l'enfant perdit l'appétit, maigrit et devint pâle. La mère s'aperçoit que le ventre de la petite malade a beaucoup grossi. Sous l'influence d'un traitement du médecin de la famille, l'état général s'améliore, mais l'abdomen augmente progressivement de volume. En juillet dernier, l'enfant ne peut plus mettre son corset. Le médecin traitant fait une ponction et retire un liquide jaunâtre, transparent. L'enfant fait de la fièvre pendant une quinzaine de jours. La malade ne peut préciser l'endroit où la tumeur est d'abord apparue. Elle n'a jamais souffert mais éprouve tout simplement une sensation de poids dans l'abdomen. Pas de trouble de défécation ni de miction. Non réglée. Etat général relativement bon.

Etat actuel. — L'abdomen est volumineux, asymétrique, régulier et sans bosselures. L'ombilic est légèrement saillant.

A la palpation on sent une tumeur globuleuse à l'hypogastre et vers la région ombilicale; elle plonge dans le bassin et remonte à deux doigts au-dessus de l'ombilic. La tumeur occupe le flanc droit principalement. Sa surface extérieure est lisse, sans sillon ni lobe; elle est résistante et nettement fluctuante. Elle ne paraît pas adhérente et est très mobile surtout dans le sens latéral.

A la percussion les régions hypogastriques et ombilicales sont absolument mates. Les flancs sont sonores, de même l'épigastre et les hypocondres. La rate n'est point perçue, le foie est remonté de 2 travers de doigt, l'espace de Traube est agrandi, la pointe du cœur bat dans le 4e espace intercostal, les viscères sont tous un peu remontés.

Pas de bruit de souffle à l'auscultation de la tumeur.

Pas de frémissement hydatique.

Cœur normal.

Poumons sains; cependant légère obscurité respiratoire à droite.

Le 8 *janvier* 1902. — Intervention. Anesthésie au chlorure d'éthyle et éther. Incision médiane sous-ombilicale. Le péritoine pariétal apparaît épaissi. Sur toute la surface antérieure du kyste il présente des adhérences lâches et très étendues avec la paroi de celui-ci; cette paroi a un aspect jaunâtre et opaque qui fait immédiatement songer à un contenu purulent, cela est confirmé par la ponction aspiratrice qui donne près de 1 litre de pus. Sur l'orifice de la ponction on place une pince en cœur et on amène la poche au dehors, on s'aperçoit alors que l'épiploon étalé sur son extrémtié supérieure lui est adhérent sur une grande étendue. Un grand nombre de ligatures sont posées sur l'épiploon qui est entièrement libéré. En explorant l'extrêmité inférieure du kyste on s'aperçoit qu'il plonge jusque dans la profondeur du bassin et qu'au lieu de présenter un pédicule il est au contraire largement étalé sous le péritoine à la façon d'un kyste du ligament large (c'est d'ailleurs le diagnostic auquel on s'était arrêté). Etant donné le contenu purulent du kyste et la fragilité de sa paroi qui s'est déjà déchirée en 2 points pendant les manœuvres d'isolement on renonce à tenter l'ablation complète par décortication de l'enveloppe péritonéale et après avoir achevé de vider la poche par une ponction au bistouri on l'attire autant que possible au dehors et on la fixe hors de la cavité abdominale en fermant le plus possible la paroi abdominale. On laisse cependant dans la cavité péritonéale deux drains en verre entourés de mèches de gaze dans la crainte que le péritoine ait été souillé par le pus. On ferme par des pinces en cœur qu'on laisse

à demeure de l'ouverture du bistouri et les 2 déchirures.

10 *janvier* 1910. — La température est montée à 38°4 hier au soir, et l'enfant a un peu vomi, on enlève le pansement et on fait une ouverture assez large à la partie inférieure de la poche pour évacuer le contenu; avec le pus sort une membrane hydatique considérable, on place jusqu'au fond de la poche deux gros drains en caoutchouc.

Administration de 0.30 centigrammes de calomel.

11 *janvier* 1902. — Nuit mauvaise, agitation, température ce matin 39°4. Pas de réaction péritonéale cependant. On enlève les 2 drains de verre on les remplace par des mèches de gaze iodoformée.

12 *janvier* 1902. — L'enfant va beaucoup mieux, la température est tombée à 38°4; il y a eu hier une débâcle intestinale.

13 *janvier*. — L'enfant est très bien ce matin, on excise la poche laissée au dehors et qui se momifie presque jusqu'au ras de la paroi abdominale. On enlève encore de très grandes membranes hydatiques et quelques vésicules filles.

A la suite de cette observation devrait prendre place un second cas de kyste du bassin. Le malade qui en était porteur présentait des lésions diffuses qui nous ont fait placer son observation dans le groupe des kystes abdominaux. (*Voir observation XVIII*).

Kyste hydatique de la rate

OBSERVATION XX

Marie T..., entre le 18 juin 1902, salle Ollier.

Pas d'antécédents morbides.

Malade depuis quelques jours seulement, l'enfant a eu des accès de fièvre. Sa mère ayant constaté la présence d'une grosseur dans le côté gauche amena sa fille à l'hôpital. Celle-ci est en bonne santé.

A l'examen on s'aperçoit, en effet, que la moitié gauche est légèrement soulevée. La voussure est à cheval sur l'hypocondre et l'épigastre.

La palpation permet de sentir une tumeur arrondie du volume d'une grosse orange. Pas de fluctuation mais une tension considérable. Elle est indépendante de la paroi abdominale et semble plutôt appartenir au foie (au lobe gauche probablement).

L'examen du sang donne :

G. R. = 4.496.000.

G. B. = 9.300.

Poly. = 60 %.

M. = 18 —

m. = 12 —

E. = 8 —

Le malade est opéré par M. le professeur Curtillet.

Incision sur le bord externe du grand droit au niveau du point culminant de la tumeur. Celle-ci que l'on croyait siéger dans le lobe gauche du foie à cause de sa situation très

antérieure, siège dans la rate. Le kyste est en grande partie hors du parenchyme splénique. Ponction, écoulement d'un liquide eau de roche. Incision. La membrane d'hydatide est enlevée. Kyste unique. Pas de vésicules filles. Résection d'une partie de la poche. Capitonnage avec cinq ou six points de catgut. On réunit les lèvres de la plaie mais il se produit un suintement sanguin qui vient de la cavité elle-même et de la tranche de section. Ce dernier persistant on fixe la rate à la plaie abdominale qu'on laisse en partie ouverte pour que le suintement se fasse au dehors.

Un mois après, la malade allait très bien, la cicatrisation était presque complète.

Kyste hydatique du rein

OBSERVATION XXI

Honoré G..., âgé de 13 ans, et atteint de kyste hydatique du foie, entre à l'hôpital, salle Guersant, le 7 juin 1902.

Père, ancien paludéen. Mère, frère et sœurs en bonne santé.

Rien dans les antécédents du malade, jusqu'à l'âge de 3 ans. A cette époque, pendant trois mois, troubles gastriques, avec de la constipation et des vomissements. De 3 à 11 ans, santé bonne, troublée seulement par des alternatives de diarrhée et de constipation.

Il y a deux ans, pendant l'été, l'enfant fut pris de fièvre et d'inappétence. Le diagnostic de malaria fut, paraît-il, porté, et l'enfant traité par la quinine. Au mois d'octobre de la même année, apparition, dans la région de l'hypocondre droit d'une tumeur du volume d'une petite orange. Elle est indolente et n'incommode pas le malade.

L'année se passe sans altération de l'état général. Le malade accuse, à intervalles irréguliers, une douleur très vive, tantôt dans l'épaule droite, tantôt dans l'épaule gauche. En septembre 1901, des troubles digestifs apparaissent : diarrhée, constipation alternant. Séjour d'un mois à l'hôpital de Marengo. A sa sortie, la tumeur semble encore avoir grossi. En novembre, à la suite d'une violente quinte de toux, expectoration fétide de membranes, ressemblant à des peaux de raisin.

Etat actuel. — Relativement bon; mange avec appétit même les aliments gras; pas de fièvre, ni d'ictère, ni de troubles digestifs; pas d'urticaire ni d'éruption sur la peau.

Examen. — Dilatation de la base du thorax, avec prédominance en arrière et à gauche, en avant et à droite. Au niveau de l'ombilic, empiétant sur l'hypocondre droit, soulèvement de la paroi abdominale, par une tumeur de la face supérieure du foie (lobe gauche).

A la palpation, on sent, en avant, une première tumeur, grosse comme un œuf, renittente, indolente, non fluctuante, au niveau de la face antérieure du foie. Une deuxième tumeur, débordant les fausses côtes, du côté droit, de 8 centimètres environ, et semblant se continuer avec la face postérieure du foie. La rate déborde également le rebord des fausses côtes. Il y a de la matité aux deux bases; à l'auscultation, un souffle à gauche et quelques râles sous-crépitants; respiration rude à droite.

La radioscopie permet de voir quelques petites tâches sombres à la partie inférieure du poumon droit, mais très floues. Il n'existe donc plus de kyste du poumon. Ce sont probablement les endroits en voie de cicatrisation.

Opération. — M. le professeur Curtillet intervient le 30 juin 1902. Anesthésie au chlorure d'éthyle et à l'éther.

Incision sur la ligne médiane partant de l'apophyse xyphoïde à 1 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On constate que le foie est abaissé et basculé du côté gauche, ce qui fait que le ligament suspenseur du foie se trouve ramené sur le plan médian. Le kyste apparaît plongeant dans la profondeur et sur la face convexe du foie. La surface apparaît dans le péritoine sans interposition de tissu hépatique. Le kyste est ponctionné au trocart à hydrocèle : il laisse évacuer un liquide eau de roche. Incision de la poche, la membrane hydatique est enlevée complètement et la cavité est touchée à la solution de Van-Swieten après assèchement complet. Fermeture de la poche par un surjet à la Lembert. Le tissu hépatique piqué en un point saigne abondamment en nappe aussi on pratique une hemostase provisoire par un lien au catgut et suture des parois en un du péritoine pariétal au catgut et suture des parois en un seul plan au fil métallique. Un drain de verre est placé dans le bas de la plaie qu'on enlève à la fin de l'intervention, quand le suintement paraît tari.

Le 1er *juillet* deuxième intervention. Incision dans le flanc droit suivant les fibres du grand oblique sur une longueur de 4 travers de doigt. On arrive dans le péritoine, sur un kyste parti du pôle supérieur du rein qui est ponctionné de la même façon et qui laisse écouler un litre et quart de liquide absolument clair. La membrane hydatique est enlevée, il n'y a pas de vésicules filles. La poche est modifiée par un attouchement au sublimé, à la liqueur de Van Swieten.

La poche est enfouie sous le péritoine pariétal par un surjet. Suture du péritoine pariétal au catgut, réfection de la paroi musculaire par deux plans et de la peau au catgut n° 3 et suture de la peau au crin de Florence.

5 *juillet* 1902. — Au premier pansement, quelques points ont suppuré au niveau de la plaie du flanc droit mais la suppuration est toute superficielle. La plaie de la ligne médiane se comporte bien. Quelques fils sont enlevés.

8 *juillet*. — Les fils restant sont enlevés, les plaies ont très bon aspect.

Le petit malade sort le 10 août complètement guéri.

La palpation abdominale ne révèle rien; le ventre est souple. — Guérison.

Kystes hydatiques du Poumon

L'observation que nous reproduisons ici a été déjà publiée dans la thèse de M. Lemaire. (Thèse. Paris. 1903).

Kyste du poumon. Kystes multiples de l'épiploon.

Vomique. Cachexie hydatique. Mort.

OBSERVATION XXII

Dominique P..., âgé de 12 ans, se plaint de maux de ventre, de constipation suivie de débâcles et de vomissements, depuis deux ans environ. Depuis cette époque, le ventre augmente de volume, en même temps que s'accuse une circulation complémentaire sur la paroi abdominale antérieure. Un médecin l'a envoyé à la campagne pendant un an et l'a traité comme péritonite tuberculeuse.

Il entre à l'hôpital de Mustapha, au mois d'avril 1901, dans le service de M. le professeur Curtillet. La palpation révèle la sensation de tumeurs arrondies, multiples de l'épiploon, et fait songer à des kystes hydatiques.

On fait une tentative d'opération; mais le péritoine est tellement garni d'hydatides de toutes grosseur qu'il est impossible de songer à les extirper. On résèque donc une grande partie de l'épiploon qui ressemble à une portion de môle. On ponctionne les plus volumineux. L'enfant quitte l'hôpital deux mois après.

A quelque temps de là, le D[r] Aboulker est appelé à l'aus-

culter, pour des accès de toux; mais l'auscultation ne révèle rien. Un jour, après une quinte très violente, il est pris d'une vomique avec expulsion d'un liquide clair, et de débris de membranes kystiques, qui furent très bien reconnues. Le Dr Gillot qui l'ausculta peu après, constata la présence d'une caverne du côté droit, qui disparut très rapidement. L'accident de la vomique ne se reproduisit plus.

On lui vidait régulièrement des kystes épiploïques; mais il mourut à quelques mois de là, dans un état de cachexie très avancé.

Au cours de plusieurs laparotomies qu'il subit, les opérateurs remarquèrent que le sang avait une très grande lenteur de coagulation, ce qui commandait une très grande prudence.

OBSERVATION XXIII

Kyste hydatique du poumon. — Guérison spontanée à la suite d'une vomique.

L'intérêt de cette observation qui date de 1898, et dont le détail n'a pu être retrouvé, réside surtout dans ce fait que pendant plusieurs mois la malade (qui était une jeune fille de 14 ans environ) n'a eu d'autres symptômes qu'une petite toux sèche et assez souvent de petites hémoptysies.

L'auscultation et la percussion ne fournissaient aucun renseignement précis (nous ne disposions pas encore d'une installation radiographique), l'enfant n'avait pas de fièvre et présentait un état général excellent. On songeait à de la tuberculose plutôt qu'à tout autre chose lorsqu'un

jour le diagnostic se fit par la brusque expectoration de membranes hydatiques. La guérison se fit ensuite très rapidement et la malade fut revue plusieurs années après, très bien portante.

Ici devrait prendre place un troisième cas de kyste du poumon, mais le malade présentait aussi un kyste rénal qui nous a fait placer son observation dans le groupe des kystes du rein. (Voir obs. XXI).

Kystes hydatiques des muscles

OBSERVATION XXIV

Léonie Es., âgée de 14 ans, entre le 25 juillet 1900, dans le service de M. Curtillet.

Les parents sont bien portants.

L'enfant n'a eu comme maladie qu'une rougeole à l'âge de 5 ans.

Actuellement l'état général est très bon. A l'examen on note, au côté droit du cou, une tumeur qui aurait débutée par l'engorgement d'un ganglion sur le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Cette tumeur s'est développée progressivement sans douleur et sans gêne. La peau est normale, pas de démangeaison.

Cette grosseur siège sur le trajet du sterno-cléido-mastoïdien à peu près vers son milieu, et atteint le volume d'une grosse poire. La tumeur est allongée dans le sens du muscle et, dans le sens transversal s'étend surtout du côté de la nuque. Elle présente en son milieu, une sorte d'étranglement qui lui donne, sous une certaine incidence, un aspect bilobé. La coloration de la peau est normale. La palpation délimite une poche régulière, rénitente et un peu fluctuante. Cette tumeur semble adhérente aux parties profondes. Lorsqu'on ordonne au malade de tourner la tête à gauche et qu'un tiers de ses deux mains s'oppose à ce mouvement, l'aspect extérieur de la poche n'est pas modifiée mais la tension augmente d'une façon considérable; la rénitence s'est accrue et la sensation de fluctuation disparaît presque complètement. On peut donc affirmer que la tumeur se trouve dans l'intérieur même de la masse musculaire. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 26 *juillet* on fait une ponction et l'on retire un liquide transparent, eau de roche, dans lequel on n'a pas vu de crochets.

Le 27 *juillet*, la grosseur est un peu tuméfiée, rouge et douloureuse. La malade n'a pas de température. Pansement humide.

Le lendemain plus trace d'inflammation, plus de douleurs.

Opération. — On fait une incision superficielle vers le milieu de la tumeur c'est-à-dire dans la partie moyenne du sterno-mastoïdien et dans le sens du muscle de 5 à 6 centimètres de longueur. On divise couche par couche les tissus qui se présentent, on tombe sur le muscle dont on incise et refoule de chaque côté les fibres. On arrive alors sur la membrane perikystique qui se trouve recouverte par une couche de tissu musculaire d'un demi centimètre environ d'épaisseur. En sectionnant cette dernière la membrane propre du kyste est facilement reconnue à son aspect nacré. On ponctionne le kyste, il s'en écoule un liquide clair, transparent, eau de roche. Par du massage on facilite la complète évacuation du liquide et l'on arrive à énucléer la poche qu'on a qu'à cueillir à la sortie. Elle n'est pas accompagnée d'autres vésicules, c'est une poche unique et n'a pas d'adhérences. Après une hémostase soignée on procède aux sutures de la plaie. On fait trois plans de suture comprenant chacun 4 ou 5 points faits au catgut. Le premier plan pour rapprocher les bords de la membrane perikystique, le deuxième pour la couche musculaire et le troisième pour l'aponévrose qui recouvre le muscle, enfin une série de points superficiels.

Pour diminuer autant que possible la cicatrice on fait des points intra-dermiques de manière à obtenir une cicatrice aussi parfaite que possible. A la partie inférieure de l'incision on introduit l'aiguille de dedans en dehors de façon à ressortir en plein tissu sain mais sur le prolongement de l'incision et l'on ramène sous la peau un fil de soie fin dans une des lèvres de la plaie. On fixe à l'extérieur l'extrémité du fil avec un petit morceau de plomb et l'on fait passer l'autre bout dans le derme de la lèvre opposée. On fait ainsi en passant d'un côté à l'autre toujours dans le derme sous la couche épidermique 40 points de suture environ. A l'aide d'un petit tenaculum, on tire chaque tour de fil qui devient invisible dès que les lèvres de l'incision

sont bien affrontées et l'on termine en introduisant l'aiguille sur l'autre extrémité de l'incision en plein tissu sain mais sur le prolongement de celle-ci et en prenant le fil que l'on ramène sous la peau au point où l'aiguille a été introduite; là on le fixe extérieurement à l'aide d'un deuxième morceau de plomb. Les sutures terminées il n'y a de visibles que les deux morceaux de plomb qui ont servi à fixer les extrémités du fil. On lave et l'on fait un pansement aseptique.

Kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-cutané

OBSERVATION XXV

Alfaoui ben Mohammed, âgé de 7 ans, entre le 26 septembre 1907 à l'hôpital de Mustapha, salle Guersant.

A l'âge de 3 ans, on constate dans le creux sus-claviculaire à gauche une tumeur du volume d'une noisette. Cette tumeur grossit insensiblement sans déterminer de douleur. Il y a 15 jours le malade gênée par la saillie de son kyste est conduit à la consultation de la Ville. Une ponction est faite qui donne un liquide parfaitement clair.

Lorsque le malade entre à l'hôpital, on constate à gauche dans le creux sus-claviculaire une tumeur ovoïde. Son volume est celui d'un œuf de poule. Son grand axe dans un plan frontal est dirigé de bas en haut et de dehors en dedans. La peau ne lui est pas adhérente et ne présente pas de lacis veineux. Quand le malade contracte les muscles du cou (côté gauche), on voit les stries du paucier soulever la peau sur la tumeur mais celle-ci n'est pas immobilisée.

Le 1er octobre. — Anesthésie mixte, kélène et éther.

Incision parallèle à l'axe du kyste. Décortication de celui-ci qui est enveloppé d'une zone de tissu cellulaire. L'énucléation est faite sans ouverture de la poche. On suture on catgut les plans profonds. Les lèvres de la plaie sont réunis aux agrafes Michel.

Pansement. — La tumeur est un kyste hydatique qui ne contient pas dans son intérieur de vésicules.

Kyste hydatique de la région inguinale pris pour un kyste du canal de Nück

OBSERVATION XXVI

Andrée B..., âgée de 6 ans, entre le 11 novembre 1907, dans le service de M. Curtillet.

Le père de l'enfant est décédé il y a 2 ans de tuberculose pulmonaire.

La mère est tuberculeuse depuis 12 ans et souffre actuellement d'une métrite hémorragique.

Pas d'antécédents personnels.

La petite malade présente au pli de l'aine une tumeur du volume d'un œuf qui paraît exister depuis longtemps. La mère avait mis son enfant en nourrice puis, l'ayant repris à l'âge de 1 an, s'aperçut seulement de l'existence de cette grosseur. A cette époque la tumeur présentait le volume d'une noisette et, progressivement, elle atteint celui qu'elle nous offre aujourd'hui.

Cette tumeur est extrêmement mobile sur les plans profonds et recouverte d'une peau légèrement amincie et sillonnée de vésicules rougeâtres. La peau est un peu mobile sur elle mais on ne sent pas d'adhérences.

Examinée à l'aide d'un stéthoscope et d'une bougie, le contenu de la tumeur est translucide.

La palpation donne l'impression d'une poche très tendue qui s'enuclée facielment et qui est mobilisable sur les plans profonds.

Il y deux mois, l'enfant se plaint de douleurs siégeant au niveau de l'hypocondre droit; un médecin l'examine, porte le diagnostic de kyste hydatique du foie et envoie le malade

à l'hôpital. Jamais d'ictère, pas de douleurs à l'épaule droite, pas d'urticaire ni de dégoût pour les matières grasses. L'enfant jouait souvent, dit-on ,avec un chien.

A l'inspection, légère voussure du thorax du côté droit. Le foie dépasse de 3 travers de doigt environ le rebord des fausses côtes. La matité hépatique ne dépasse pas la ligne médiane.

La palpation montre une tuméfaction diffuse du foie.

Le 11 décembre, on pratique l'opération. A cette date le kyste situé sur le trajet inguinal semblait s'énucléer de temps en temps.

Anesthésie mixte : chlorure d'éthyle et éther. Incision sur le bord externe du grand droit. Le kyste apparaît immédiatement très tendu, de coloration blanche et occupant le bord antérieur de la face inférieure du lobe droit.

Ponction au trocart. Evacuation d'un liquide clair. Incision de la poche. Extraction de la membrane hydatique. Résection d'une petite partie de la poche dans sa portion extra-hépatique. La cavité hydatique ne contient aucune vésicule fille. Suture en surjet par un double plan au catgut de la paroi que l'on réduit ensuite sans drainage. Suture de la paroi par trois plans au catgut.

Pour le kyste de la région inguinale, incision suivant le grand axe, de la poche qui apparait constituée par une magnifique membrane hydatique blanche contenant un liquide très transparent. Après ablation de la poche, on se rend compte qu'elle siégeait dans le tissu cellulaire sous-cutané au-devant de la paroi antérieure du canal inguinal. Suture par des agrafes de Michel sans drainage.

18 *décembre*. — On défait le pansement. On enlève les agrafes. Les plaies ont bel aspect. A la palpation le foie est très douloureux.

7 *janvier* 1908. — Pas de température. L'enfant ne souffre plus et les deux plaies se sont réunies par première intention. L'appétit est revenu, l'état général est bon.

DISCUSSION

La lecture de ces différentes observations nous permet de mettre en évidence quelques points particuliers. Nous voyons que dans la plupart des cas, le développement du kyste lent et progressif s'est accompagné d'une atteinte plus ou moins marqué de l'état général. Dans un seul cas seulement on insiste sur la conservation parfaite de la santé (obs. XIV).

Les troubles digestifs anorexie, alternative de diarrhée et de constipation, dégoût des graisses font très souvent défaut (obs. I, V, VI, VII).

La douleur locale dans l'hypocondre droit n'est que rarement notée (obs. II, V), mais la douleur dans l'épaule droite est fréquente (obs. II, IV, V, etc.), dans un cas même elle était associée à une douleur dans l'épaule gauche (obs. IV).

L'urticaire est signalé deux fois.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'examen montre l'existence de tumeurs lisses, à contours presque toujours nets dont la matité se continue avec celle du foie et qui déforment la base du thorax. Dans deux cas même le rebord costal soulevé formait un véritable auvent au-dessus de la tumeur. Le peu de résistence de cette partie de la cage thoracique chez l'enfant explique la fréquence de ces déformations.

Dans deux cas le kyste a provoqué des phénomènes de compression abdominale qui se sont traduits par le développement d'un réseau veineux assez marqué.

Le frémissement hydatique nous paraît être un symtôme très rare et véritablement infidèle, il n'a été signalé qu'une fois dans nos observations.

Une autre de nos observations mentionne l'existence de poussée subictérique. Tous les auteurs d'ailleurs, s'accordent à admettre que l'ictère est une manifestation rare de la présence de l'hydatide hépatique.

Dans deux cas on note l'existence de phénomènes pleuraux, caractérisés habituellement par des frottements. Dans un cas l'existence d'un épanchement pleural était vraisemblablement consécutif à une réaction post-opératoire.

Dans un seul cas on note l'existence de congestion des deux bases. La nature de ce phénomène bilatéral nous paraît difficile à élucider.

Nos observations nous permettent de dire que la communication du kyste avec les voies biliaires est une complication fréquente (5 cas). Nous insistons sur l'importance de cette notion dont les conséquences pronostiques et thérapeutiques sont faciles à prévoir. Tout kyste dont la paroi a entamé des canaux biliaires est exposé à une infection plus ou moins rapide et en aucun cas ne peut être obturé et abandonné sans marsupialisation.

Quelle est maintenant la fréquence de l'infection kystique, quels sont les symptômes qui permettent de la dépister. Dans deux cas l'opération a permis d'évacuer un liquide purulent. Habituellement cette complication se traduit par l'apparition de phénomènes généraux plus ou moins graves : frisson, fièvre, malaise et troubles digestifs. Quand l'attention n'est pas attirée parti-

culièrement vers le foie on cherche de tous côtés la cause de l'infection, on fait le diagnostic de fièvre intermittente, etc. et on perd un temps précieux. Dans certains cas même, l'hypertrophie constatée du foie peut être considérée comme la première manifestation d'un cirrhose hépatique et l'erreur peut ainsi se prolonger jusqu'au jour où les dimensions de la tumeur ne permettent plus le moindre doute. La lecture de nos observations nous montre, en effet, le rapide accroissement de la tumeur dans les cas où l'infection s'est produite. Il s'y ajoute habituellement des phénomènes douloureux plus ou moins accentués de la réaction pleurale mais nos observations ne relatent point l'existence de phénomènes péritonéaux. Dans certains cas d'ailleurs et pour des raisons qui nous paraissent difficiles à préciser rétrospectivement, le kyste hydatique infecté a été remarquablement toléré (obs. VI). Les phénomènes généraux ont fait défaut, les phénomènes locaux n'ont pas attiré l'attention et la suppuration du kyste non prévue a été une véritale trouvaille opératoire.

La cause de cette absence de réaction générale et locale peut être diversement interprétée ; en tous cas, si les faits de ce genre n'ont pas une très grande importance thérapeutique puisqu'ils conduisent simplement à la marsupialisation de la poche, sans exposer véritablement à l'infection du péritoine toujours soigneusement protégé, ils n'en méritent pas moins d'être signalés et prévus.

Une de nos observations montre bien la gravité de la suppuration des kystes hydatiques. Un malade entré à l'hôpital avec tous les signes d'un kyste volumineux et infecté, deux jours plus tard, sans phénomène précurseurs, sans traumatisme, sans cause enfin, la tumeur s'affaisse brusquement pendant qu'apparaissent des symptômes de péritonite suraiguë. Le kyste rompu a

infecté la séreuse qu'aucune barrière inflammatoire n'avait antérieurement protégée. De cette observation suggestive nous tirerons donc cette conclusion que la laparotomie doit être faite d'urgence, dès qu'on soupçonne l'infection de la poche hydatique.

Rien n'est plus variable, en effet, que les processus réactionnels périkystiques, processus de défense sur lesquels on ne doit jamais compter : il est démontré aujourd'hui et notre observation X en est une preuve évidente qu'une réaction très marquée peut se produire autour d'un kyste non infecté. Dans ce cas particulier la tumeur était adhérente par toute sa surface aux parois abdominales au point qu'elle a pu être traité comme une tumeur intra-pariétale. La nature même de ce processus adhésif nous paraît difficile à élucider, peut-être s'agit-il comme le veut Quénu d'une réaction d'ordre toxique après filtration de la sérosité hydatique à travers la membrane germinale. Dans d'autres cas, la réaction périkystique est manifestement d'ordre inflammatoire ; par opposition à ces faits on doit placer, ceux très nombreux dans lesquels la poche kystique infectée ou non n'est entourée d'aucune barrière.

Dans nos observations nous relevons un seul cas de kyste de la rate, kyste peu volumineux à développement antérieur et qui fut pris pour un kyste du lobe gauche du foie; nous remarquons dans ce cas, la longue latence de l'infection puisque la présence du kyste ne fut remarquée que quelques jours avant l'entrée à l'hôpital et nous signalons l'absence de douleur, la conservation parfaite de la santé, l'absence de frémissement hydatique et les résultats de l'examen du sang :

Globules rouges : 4.496.000.
Globules blancs : 9.300.

se décomposant ainsi :

60 p. 100 de polynucléaires.
18 p. 100 de mononucléaires.
12 p. 100 de lymphocytes.
et 8 p. 100 d'éosinophiles.

L'opération permit de constater qu'il s'agissait d'un kyste en grande partie extériorisé, ce qui permit de conserver la rate.

Dans un seul cas de kyste rénal que nous possédons le diagnostic n'a pas été fait. La tumeur saillante en avant a été prise pour une tumeur de la face inférieure du foie. Le diagnostic topographique des tumeurs de ce genre nous paraît d'autant plus difficile qu'elles siègent très souvent à la périphérie de l'organe dont elle n'entravent nullement les fonctions.

Notre statistique contient trois observations de kystes multiples de l'abdomen dont chacune mériterait une étude spéciale ; nous ne voulons ici qu'envisager rapidement leurs principaux caractères. Dans un cas l'augmentation rapide du volume du ventre (obs. XVI), la présence d'une dyspnée très marquée fit croire à un épanchement ascitique ; malgré plusieurs ponctions blanches, le diagnostic de péritonite tuberculeuse fut maintenu confirmé un peu plus tard en apparence par la présence de masses plus ou moins régulières dans tout l'abdomen, par la présence de nombreux ganglions dans les plis inguinaux et dans la région cervicale, enfin par les antécédents du malade. Chez l'enfant qui fait l'objet de l'observation XVII ce même diagnostic de péritonite tuberculeuse fut porté par plusieurs médecins. Aussi avec Dévé insisterons-nous sur cette pseudo tuberculose péritonéale hydatique dont on lui doit une si parfaite description. Dans ce dernier cas, le diagnostic d'échinococcose fut cependant porté d'une façon ferme, par M. le Professeur Curtillet, sur la

constatation de deux tumeurs intra-pariétales à contours nets et manifestement liquides.

La fréquence de cette échinococcose nous paraît grande, puisque sur 26 observations nous en relevons trois cas.

La pathogénie peut en être interprétée à notre avis de deux façons différentes. On peut la mettre sur le compte de la rupture d'un kyste primitif ou on peut la considérer comme la conséquence d'une infection sanguine massive. En faveur de cette hypothèse plaident les deux tumeurs intra-pariétales de notre observation XVIII, tumeurs qui étaient vraisemblablement contemporaines de celles qui siégeaient dans la cavité abdominale.

Dans nos trois cas, les lésions étaient diffuses, quoique à des degrés divers.

Le malade L... Frédéric a succombé à cette affection véritablement au-dessus des ressources de la thérapeutique, les deux autres ont guéri opératoirement, ils n'ont pu être revus ces temps derniers.

Dans l'observation XXII, le malade fut aussi considéré comme atteint de péritonite tuberculeuse mais à son entré à l'hôpital le diagnostic est redressé et la constatation d'une série de tumeurs arrondies a fait porter celui d'échinococcose.

Dans ce cas, nous signalons cette constatation, faite au cours de nombreuses interventions d'une particulière lenteur de la coagulation sanguine. Il semble donc bien que dans la majorité des cas un examen attentif permette de faire un diagnostic précis, l'augmentation rapide du volume du ventre, la présence d'une circulation complémentaire plus ou moins marquée attirent l'attention du côté de l'abdomen. La palpation montre l'absence d'ascite, une matité irrégulière et si l'observateur s'en tient là, il conclut à une péri-

tonite tuberculeuse à forme caséeuse ; s'il poursuit son examen il sent plus ou moins nettement des masses arrondies à limites souvent nettes de consistance ferme et cette constatation le conduit naturellement au diagnostic de tumeur. La multiplicité même de ces tumeurs, leur développement rapide et simultané, leur consistance, enfin la conservation de l'état général au moins à la période de début permettent de rejeter l'hypothèse d'un néoplasme et d'envisager comme probable celle d'une échinococcose. Il est bien entendu qu'on ne doit pas négliger l'examen du sang.

De nos deux observations de kystes du bassin, l'une est particulièrement intéressante en raison des erreurs de diagnostic auxquelles on pouvait être conduit de par le siège de la tumeur et le sexe de l'enfant. Cette tumeur hypogastrique globuleuse déplissant l'ombilic, légèrement para-médiane, lisse, rénitente, très mobile dans le sens latéral pouvait être prise pour un kyste de l'ovaire, pour un kyste du ligament large, pour une de ces grandes collections séreuse intra-pelviennes consécutives à des infections atténuées du petit bassin, ou pour une péritonite à pneumocoque. L'étude des antécédents pouvait faire éliminer cette dernière hypothèse, mais la notion d'une ponction antérieure ayant ramené un liquide jaunâtre rendait presque impossible le diagnostic de kyste hydatique, qui n'a pu être fait qu'au cours de l'intervention. Soulignant les caractères clinique de cette tumeur identique à celle de l'observation (XVIII), nous ferons remarquer que la première avait un siège sous péritonéal, tandis que la deuxième était intra-péritonéale ; la première certainement primitive, la deuxième, à coup sûr secondaire.

Nous possédons trois observations de kystes pulmonaires absolument superposables; l'une d'elles concerne une jeune fille qui fut observée assez longtemps et chez

laquelle de petites hémophtysies survenant au cours d'une santé en apparence excellente laissaient le diagnostic un peu incertain. En l'absence de signes pulmonaires bien net, en l'abence surtout de contrôle radioscopique on tendait à la considérer comme une tuberculeuse, lorsque une brusque vomique vint montrer la nature exacte de son affection.

On connaît bien aujoud'hui la valeur de ces petites hémorragies dont la radioscopie cependant peut seule et pendant longtemps revêler l'origine. Chez nos trois malades le kyste pulmonaire s'est vidé dans les bronches. Vomique de liquide clair mêlé de membranes blanchâtres caractéristiques. Nos trois malades ont guéri parfaitement, rapidement, sans présenter aucune des complications que la présence d'une cavité volumineuse dans le poumon est susceptible de provoquer.

Nos observations ne mentionnent qu'un seul kyste musculaire, kyste du sterno-cléido-mastoïdien, développé chez un enfant de 14 ans et atteignant le volume d'une grosse poire ; tumeur manifestement intra-musculaire fluctuante lorsque les fibres sont au repos, dure et tendue lorsqu'elles sont en état de contraction. L'absence d'adhérence à la peau, l'évolution lente et indolore, le siège intra-musculaire, le caractère fluctuant de la tuméfaction permettaient d'éliminer d'emblée l'hypothèse d'une lésion inflammatoire ou néoplasique et n'autorisaient guère que le diagnostic qui fut porté et que vint confirmer la ponction.

Nous remarquerons en passant que le sterno-cleido-mastoïdien est un des muscles les plus volontiers touchés par l'infection hydatique.

Dans notre statistique nous relevons enfin trois cas d'échinococcose du tissu cellulaire sous-cutané présentant des caractères véritablement intéressants, caractères qui tiennent précisément à leur localisation. Le

premier concerne une petite fille de 10 ans, chez laquelle deux tumeurs arrondies et dures de la paroi abdominale orientent un diagnostic que d'autres localisations ne permettaient point de porter.

Chez une autre malade, le kyste se développa précisément dans la région inguinale simulant l'hydrocèle enkystée du canal de Nück.

Chez un dernier malade la tumeur apparue dans la région sous-claviculaire , eut une marche particulièrement lente.

Dans ces trois cas, le caractère de la lésion permettait d'en faire le diagnostic exact. Une tumeur dure, résistante, rénitente, développée lentement, insidieusement sans aucun phénomènes réactionnels dans une région dépourvue de ganglions et chez un individu dont la santé reste parfaite doit faire songer au kyste hydatique. Denonvilliers, voici longtemps, insistait sur le caractère de particulière résistance du kyste hydatique superficiel. Avec lui on doit attirer l'attention sur les différences que présentent au palper les tumeurs néoplasiques auxquelles on est en droit de songer en pareil cas.

Les seules difficultés vraiment sérieuses apparaissent lorsque le kyste se développe dans la région cervicale ou dans la région inguinale. Dans ce second cas l'examen montre cependant le siège sous-cutané de la lésion, l'absence de toutes connexions avec les éléments du cordon ou avec le ligament rond. La fréquence des tumeurs congénitales à contenu liquide dans la région cervicale peut faire errer le diagnostic. Il nous paraît cependant que le siège; de préférence intra-musculaire, du kyste hydatique, l'absence de tout prolongement vers la profondeur doivent permettre d'éviter une erreur que l'examen du sang ou la ponction suffiraient d'ailleurs à corriger.

CHAPITRE V

Traitement

On sait les nombreux procédés thérapeutiques qui ont été dirigés contre l'échinococcose hydatique : ponction simple ou suivie d'injection parasiticide, laparotomie premier temps d'une extirpation complète de la poche suivie tantôt de marsupialisation, tantôt de fermeture simple ,tantôt de fermeture avec injection de liquide se rapprochant des liquides organiques, tantôt de fixation à la paroi de la poche fermée, tantôt d'abandon pur et simple de la poche ouverte. Dans certains cas la poche est obturée par un procédé spécial, cher à M. Delbet, le capitonnage, tantôt, mais dans des cas très rare, elle peut être énucléée.

Nous allons montrer les procédés employés par M. le professeur Curtillet dans les cas qu'il a eu à traiter. Nous mettons d'abord en relief ce fait que dans aucun cas il n'a eu recours à la ponction simple ou suivie d'injection parasiticide, dans tous les cas le ou les kystes ont été abordés franchement sans ponction exploratrice antérieure. En ce qui concerne les kystes abdominaux, la voie d'accès a varié suivant les cas, elle a été commandée par le siège même de la tumeur. Dans les kystes hydatiques du foie, la laparotomie a été faite médiane sept fois. Dans un cas de kyste du lobe droit elle semble bien avoir donné un jour tout à fait insuffisant.

Bien plus fréquente est la laparotomie latérale sur

le bord externe du grand droit (12 cas). Enfin dans un cas (obs. XIV) on a dû brancher sur la première incision, une incision parallèle au rebord costal.

Un seul kyste du foie a été attaqué par la voie transpleurale.

Le cas de kyste de la rate opéré a été découvert par une incision latérale gauche et le kyste du rein découvert par une incision dans le flanc droit suivant les fibres du grand oblique.

Les kystes péritonéaux et les kystes du bassin ont été mis à jour par une incision médiane. Le kyste une fois découvert, l'opérateur s'est comporté de façon différente suivant les cas. Presque toujours la poche a été ponctionnée au trocart, évacuée en majeure partie sans injection parasiticide antérieure. Ce n'est que dans 4 cas qu'on a eu recours à l'injection de sublimé à 1 p. 100 et dans trois cas, à l'injection de formol. Après ou sans injection préalable, la membrane germinative est extirpée presque toujours d'un seul bloc.

Il nous paraît superflu de dire que, dès l'incision pariétale, la cavité péritonéale est soigneusement protégée. Quand le kyste est en communication plus ou moins évidente avec les voies biliaires ou quand il est trouvé infecté on a recours à la marsupialisation. Quand le kyste est aseptique la conduite varie. Dans cinq cas, M. le Professeur Curtillet a eu recours à la fermeture pure et simple de la poche abandonnée dans le ventre. Dans deux cas la poche fermée a été fixée à la paroi abdominale à la façon de Varsi ; dans un cas la poche fermée a été préalablement remplie de sérum artificiel à la façon de Bobroff ; dans un seul cas, dans celui du kyste de la rate on a eu recours au capitonnage ; enfin, dans deux cas où l'extirpation de la poche a été tentée elle n'a pu être menée à bout.

Dans cette revue rapide des procédés employés une

première notion se dégage d'abord : l'injection antiseptique précédant l'ouverture du kyste n'est pas d'une absolue nécessité.

Dans seize cas elle n'a pas été mise en œuvre et cela sans préjudice pour les malades. Il nous semble que la protection soigneuse de la séreuse, que son isolement complet par un lit de compresses permette de négliger une manœuvre certainement peu compliquée mais qui tout de même demande un certain temps.

Nous n'insistons pas sur la nécessité de marsupialiser chaque fois que le contenu du kyste est trouvé suspect, tout le monde est d'accord sur ce point. La cholerragie est à nos yeux une contre indication formelle à la fermeture de la poche. Cette fermeture peut être faite de façon différentes : du capitonnage nous dirons seulement qu'il constitue un procédé long, inapplicable souvent, et dont le résultat, presque toujours est de substituer à une cavité unique une série de loges de moindres dimensions. Le capitonnage d'ailleurs a eu pour but d'éviter ou de restreindre la transsudation du liquide au niveau des parois. On sait aujourd'hui que cette transsudation constante n'entrave en rien la guérison et il nous paraît inutile de la remplacer par une certaine quantité de sérum artificiel, et nous considérons que le procédé de choix est la fermeture pure et simple de la cavité. Par mesure de précaution on pourra comme cela a été fait deux fois, fixer le surjet terminé à la paroi abdominale. On se met ainsi à l'abri d'accidents à la vérité peu fréquents dans le cas où le kyste est vraiment aseptique.

De cette revue rapide nous tirerons cette conclusion thérapeutique conforme à l'opinion des auteurs qui ont récemment écrit sur ce sujet que le procédé de choix dans le traitement des kystes hydatiques non suspects est la fermeture pure et simple de la poche.

Les kystes hydatiques musculaires comme ceux du tissu cellulaire sous-cutané sont suivis d'une intervention aussi simple qu'efficace : l'incision et l'extirpation complète de la poche suivie de l'oblitération complète de la loge par un procédé quelconque. Dans les régions découvertes la suture intra-dermique permettra d'éviter toute cicatrice.

Arrivé au terme de notre étude et pour montrer toutes les ressources de la thérapeutique dans l'affection qui nous occupe nous ne pouvons mieux faire que résumer la statistique dont nous venons de donner l'énumération complète. Vingt-six cas de kystes hydatiques nous ont donné vingt-trois guérisons. Les trois morts que nous avons eu à enregistrer ne peuvent en aucune façon être mises sur le compte de l'intervention.

Le malade de l'observation XXII est mort cachectique, porteur de lésions tellement graves qu'elles étaient véritablement au-dessus des ressources de l'action chirurgicale.

Le malade de l'observation XVI a succombé trois jours après l'intervention, au milieu d'accidents qui nous paraissent rétrospectivement d'origine toxique.

Le dernier malade (obs. XII) a succombé à la rupture en péritoine libre d'un kyste infecté. Personne ne songerait à faire entrer dans le pourcentage de nos résultats opératoires la terminaison d'une laparotomie faite *in extremis*.

CONCLUSIONS

Nous tirerons de ce travail les conclusions suivantes :

I. — Les kystes hydatiques sont relativement fréquents chez l'enfant à Alger.

II. — Ils atteignent aussi volontiers le sexe masculin que le sexe féminin, mais ils se manifestent avec prédilection au cours de la deuxième enfance.

III. — Ils sont souvent multiples ; multiplicité primitive et liée à un ensemencement sanguin, massif ; multiplicité secondaire par rupture d'un kyste préexistant.

IV. — Le procédé thérapeutique de choix dans le traitement des kystes hydatiques non suspects est la fermeture pure et simple de la poche.

Vu :

Le Président de thèse,

J. CURTILLET.

Vu :

Le Doyen,

J. CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 3 Juillet 1911.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

Index Bibliographique

Pontou.	Recherches sur les kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Thèse. Paris. 1867.
Rathery.	Thèse. Paris. 1870.
Finsen.	Contribut. à l'étude des échinocoques épidémiques. Archiv. méd. 1869, p. 23 et suiv.
Laveran.	Arch. de méd. militaire. 1885, t. v. p. 35.
Potherat.	Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie. Thèse. Paris. 1889.
Bergada.	De l'incision transpleurale appliquée au traitement des kystes hydatiques. Thèse. Paris. 1889.
Blanchard R.	Traité de zoologie médicale. T. I. Paris. 1889.
Mlle C. Dylion.	Thèse .Paris. 1890.
Raffy.	De la pathogénie clin. de la suppur. des kystes hydatiques du foie. Thèse Paris 1891.
Michaux.	Congrès français de chirurgie 1891.
Schwartz.	Société de chirurgie. 18 mai 1892.
Société de chirurgie.	Discussion, 28 février 1893.
Duval.	Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Thèse. Lille. 1894.
Reclus.	Cliniq. chir. de la Pitié. 1894, p. 268.
Vigneron.	De l'énucléation des kystes hydatiques du foie.

Thèse. Paris. 1895.

CHAUFFARD. Un cas de mort subite après ponction explor. d'un kyste hydatique du foie. Sem. médic. 8 juillet 1896, p. 265.

P. DELBET. Sur un moyen de trait. des kystes hydatiques de l'abd. (capit. et réduct.). Académie méd. 18 février 1896.

AUDOIN. Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Décembre 1898.

FORGUES. In Gancher, Comby, Marfan. Traité des maladies de l'enfance. Tome III.

POSADAS. Revue de chirurg. 1899, p. 374.

GUILAINE. Contribution à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant.
Thèse. Paris. 1899.

BRICET. Traitement des kystes hydatiques du foie par la réduction sans drainage.
Thèse. Paris. 1900.

BROCA. Kyste hydatique du foie chez les enfants. Sem. méd. 20 mars 1901.

VÉGAS ET CRANWELL. Revue de chirurgie. Avril 1901.

DÉVÉ. De l'échinococcose second.
Thèse. Paris. 1901.

AUPOIS. Des kystes hydatiques du grand épiploon.
Thèse. Paris. 1902.

LEMAIRE G. De la fréquence des kystes hydatiques du poumon et des plèvres en Algérie.
Thèse. Paris. 1903.

DELEMONTEY. Traitement des kystes hydatiques du foie.
Thèse. Paris. 1904.

MAMESJEAN. Contribution à l'étude des kystes hydatiques rétro-vésic. chez l'enfant.
Thèse. Montpellier. 1905.

OPPENHEIM. Contrib. à l'étude des kystes hydatiques communiq. avec voies biliaires.
Thèse. Paris .1905.

PORÉE. Contribut. à l'étude de l'intoxicat. hyd.
Thèse. Montpellier .1905.

Warot.	Contrib. à l'étude des kystes hydatiques de la rate. Thèse. Lyon. 1905.
P. Delbet.	Soc. chir. juin et décembre 1905.
Mabit.	Contrib. à l'étude des kystes hydatiques de l'abdomen. Revue de chirurgie. 1905.
Fenouil.	Contrib. à l'étude des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. Thèse. Paris. 1907.
Verdun.	Précis de parasitologie hum. 1907.
Biscayes.	Des kystes hydatiques du mésentère. Thèse. Montpellier. 1908.
Cauchoix.	Traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie. Thèse. Paris. 1908.
Guimbellot.	Sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques de la plèvre et des poumons. Thèse. Paris. 1909.
Béclère.	Le radio-diagnostic des affections du foie. Thèse. Paris. 1910.
Brumpt.	Précis de parasitol. 1910.
Debove, Achard, Castaigne.	Manuel des maladies du foie et des voies biliaires. 1910.
Faure et Labey *in* Le Dentu et Delbet.	Maladies chirurg. du foie et des voies biliaires, édit. 1910.
Guiart.	Parasitologie. 1910.
Lemaire G.	Contrib. à l'étude des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. Thèse. Paris. 1910.
Quénu.	De la douleur dans les kystes hydatiques du foie. Revue de chirurgie. Novembre 1910.
Dévé.	L'intoxication hydatique post-opératoire. — Revue de chirurgie. Mai 1911. n° 5.